

Die Arbeitsgemeinschaft
zur Bekämpfung der Tuberkulose
im Lande Rheinland-Pfalz

(Versuch einer lückenlosen Tuberkulosebekämpfung)

von

HANS HERMANN HENNES

aus Speyer am Rhein

1959

Aus dem Hygienischen Institut der Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz

Direktor: Prof. Dr. med. Heinrich Kliewe

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose
im Lande Rheinland-Pfalz

(Versuch einer lückenlosen Tuberkulosebekämpfung)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

Hans Hermann Hennes aus Speyer am Rhein

Mainz, den 25. November 1959



Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose
im Lande Rheinland-Pfalz

(Versuch einer lückenlosen Tuberkulosebekämpfung)

vorgelegt von

Hans Hermann Hennes aus Speyer am Rhein

Dekan der Medizinischen Fakultät: Professor Dr. med. Leicher

Referent: Professor Dr. med. Kliewe

Datum des Diploms 25. NOV. 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande
Rheinland-Pfalz
(Versuch einer lückenlosen Tuberkulosebekämpfung)

I.

Die Tuberkulose ist schon in ältester Vorzeit eine Geißel der Menschheit. Die Nachrichten über die Kenntnis der Schwindsucht sind aber nur unvollkommen. Erst Hippokrates (um 400 vor Chr.) beschreibt die Phtisis ziemlich genau, wenngleich hier weniger das pathologisch-anatomische Substrat, als vielmehr das Krankheitsbild der Folgezustände im Sinne der „Zehrung“ im Vordergrund der Beschreibungen steht.

Die späteren Jahrhunderte mit ihrer naturphilosophischen Betrachtungsweise haben dann relativ wenig Beiträge zur weiteren Deutung geliefert. Und auch Paracelsus (1493 — 1541) ist bei seinen Bemühungen, die Medizin von ihren dogmatischen Bindungen zu befreien, bezüglich der Tuberkulose nicht viel weiter gekommen. Noch im späteren Mittelalter „heilte“ man die „Königskrankheit“ durch Handauflegen einer Majestät.

Entscheidendere Fortschritte brachte das 17. und 18. Jahrhundert. Sie sind an die Namen von Sylvius, Morgagni, Reich und Baille gebunden. Bayle (Miliartuberkel) und Laennec brachten dann eine erste systematische Ordnung in das bis dahin verwirrte anatomische Bild. Nachdem Klencke 1843 die schon von Morgagni vertretene These von der Ansteckungsfähigkeit der Phtise tierexperimentell bewiesen hatte, wurde 1882 durch Robert Kochs geniale Entdeckung endlich der Weg zur systematischen Bekämpfung dieser Volkskrankheit frei.

Entscheidendes Rüstzeug in unseren Bemühungen um die Krankheitsverhütung (Vorbeugung), Seuchenbekämpfung und Tuberkulosebehandlung lieferten in der Folge Naegeli mit seiner Arbeit über die Häufigkeit der Tuberkulose (1900), v. Pirquet mit der Praktizierung der Allergielehre (1907), Ranke mit seiner Stadieneinteilung (1913) sowie die pathologisch-anatomischen Veröffentlichungen von E. Albrecht, Aschoff u. a. m.

Schon vor Kochs Entdeckung hatte Brehmer (1859), der Vater der Heilstättenbehandlung, mit seiner Forderung nach systematischer Allgemeinbehandlung den Grundstein zu einer erfolgreichen Therapie gelegt. Die Verfeinerung der physikalischen, chemischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden, die Bemühungen, ein spezifisches Heilmittel zu finden (Tuberkulin, Schwermetallsalze), die von Forlalani (1880) inaugurierte Kollapsbehandlung, sowie die Einführung der kleinen und mittleren Lungenchirurgie (Brauer, Sauerbruch) waren weitere Etappen auf dem Weg zum Ziel. Die Entdeckung der antibiotischen und tuberkulostatischen Behandlungsmittel und die Einführung der großen Lungenchirurgie (Teilresektion,

Lobektomie, Pneumektomie) brachten zusätzliche und vielfach entscheidende Erfolge.

Aber alle Bemühungen und alle Entdeckungen brachten bislang nicht die entscheidende Wende: Die Tuberkulose ist zwar vom ersten Platz in der Reihe der Volkskrankheiten verdrängt worden. Ihr fallen aber immer noch jährlich Millionenwerte an wirtschaftlichen und unersetzliche Werte an gesundheitlichem Volksgut zum Opfer.

II.

Unter den Erkrankungen an Tuberkulose nimmt die „Lungenschwindsucht“ bei weitem die erste Stelle ein. Rund 85 % aller Erkrankungsfälle betreffen die Lunge.

Welche Bedeutung der Tuberkulose in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung für das Volksganze zukommt, läßt sich objektiv und zahlenmäßig kaum sicher belegen. Für Deutschland hat Walter 1935 bei einer Errechnung von 350 000 ansteckungsfähigen Kranken im Mittelwert den jährlichen Ausfall an produktiver Arbeitskraft auf rund 1 Milliarde Mark geschätzt. Allein der Verdienstaufschlag wurde bei Annahme von rund 50 000 arbeitsunfähigen Tuberkulösen mit 75 Millionen bewertet. Nicht berücksichtigt waren dabei die Leistungsausfälle einer etwa gleich großen Zahl nur beschränkt arbeitsfähiger Kranker.

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über den Bestand an Tuberkulose aller Formen und an Lungentuberkulose im Bundesgebiet (ohne Westberlin) für die Jahre 1950 bis 1957 (Stand jeweils am Jahresende) und gibt Aufschluß über den Anteil der Bevölkerung (auf 10 000) an aktiven Tuberkulosen:

Bestand der an aktiver Tuberkulose erkrankten:

Jahr:	Tuberkulose der Atmungsorgane: davon ansteckend:				Tuberkulose aller Formen,
	insgesamt:	insgesamt:	offen:	geschlossen:	insgesamt:
1950	423 655	137 258	89 575	47 683	498 173
1951	414 412	141 323	94 688	46 635	487 409
1952	406 300	141 218	99 061	42 157	474 705
1953	403 974	138 498	100 477	38 021	471 513
1954	389 162	128 548	97 753	30 795	453 762
1955	368 825	120 001	92 425	27 576	430 561
1956	350 164	111 622	87 702	23 920	409 336
1957	330 035	104 173	82 572	21 601	385 837
1958 ¹⁾					

¹⁾ Die Veröffentlichung dieser Zahlen erfolgt erst im statistischen Jahrbuch 1960.

Das bedeutet auf 10 000 der Bevölkerung einen Anteil an aktiven Tuberkulosekranken:

Jahr:	insgesamt:	davon Tuberkulose der Atmungsorgane:
1950	104,0	88,4
1951	100,9	85,8
1952	97,5	83,4
1953	95,7	82,0
1954	91,2	78,2
1955	85,6	73,3
1956	81,7	70,0
1957	75,9	65,0

In den Jahren 1950 bis 1957 wurden im Bundesgebiet (ohne Westberlin) an Neuerkrankungen gemeldet (Stand jeweils zum Jahresende):

Jahr:	aktive Tuberkulosen:	davon Tuberkulose der Atmungsorgane insgesamt:	davon ansteckend (offen und fakul- tativ offen):
1950	122 928	106 536	33 332
1951	117 546	101 300	32 476
1952	110 797	95 476	30 281
1953	107 538	92 654	29 354
1954	96 103	82 260	25 333
1955	91 655	77 808	24 394
1956	85 562	73 017	21 967
1957	80 128	68 690	21 136

Eine erweiterte Statistik ergibt für das Bundesland Rheinland-Pfalz:

Bestand der an aktiver Tuberkulose Erkrankten:

Jahr:	Tuberkulose der Atmungsorgane:			Tuberkulose anderer Organe:	Gesamtzahl:
	offen:	geschl.:	insgesamt:		
1950	7954	15 765	23 719	6281	30 000
1951	8119	15 184	23 383	5708	29 091
1952	8669	13 921	22 590	5536	28 126
1953	8940	14 439	23 379	5605	28 984
1954	8849	15 298	24 147	5751	29 898
1955	8815	15 692	24 507	5808	30 315
1956	8600	15 584	24 184	5467	29 651
1957	8240	15 527	23 767	5080	28 847

Verhältniszahlen auf 10 000 der Bevölkerung:

Jahr:	Tuberkulose der Atmungsorgane:			Tuberkulose anderer Organe:	Gesamtzahl:
	offen:	geschl.:	insgesamt:		
1950	26,6	52,7	79,2	21,0	100,2
1951	26,3	48,8	75,1	18,3	93,4
1952	27,4	43,9	71,3	17,5	88,7
1953	27,7	44,8	73,0	17,4	89,9
1954	27,1	46,8	73,9	17,6	91,5
1955	26,7	47,5	74,2	17,6	91,7
1956	26,3	47,7	74,0	16,7	90,8
1957	24,9	46,9	71,7	15,3	87,1

Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose:

Jahr:	Tuberkulose der Atmungsorgane:			Tuberkulose anderer Organe:	Gesamtzahl:
	offen:	geschl.:	insgesamt:		
1950	2198	3492	5690	1380	7070
1951	2274	3560	5834	1371	7205
1952	2190	3037	5227	1265	6492
1953	2112	3157	5269	1233	6502
1954	1725	3110	4835	1111	5946
1955	1703	2675	4378	1198	5576
1956	1543	2545	4088	1060	5148
1957	1406	2426	3832	1015	4847

Verhältniszahlen auf 10 000 der Bevölkerung:

Jahr:	Tuberkulose der Atmungsorgane:			Tuberkulose anderer Organe:	Gesamtzahl:
	offen:	geschl.:	insgesamt:		
1950	7,4	11,8	19,2	4,7	23,9
1951	7,4	11,6	18,4	4,5	23,4
1952	6,9	9,7	16,6	4,0	20,7
1953	6,6	9,9	16,5	3,9	20,3
1954	5,3	9,6	14,9	3,4	18,3
1955	5,2	8,1	13,3	3,6	17,0
1956	4,7	7,8	12,6	3,3	15,8
1957	4,3	7,4	11,7	3,1	14,7

III.

Die Tatsache, daß eine Tuberkulose nur bei gegebener Infektionsmöglichkeit auftreten kann, setzt an den Anfang aller Bekämpfungsmaßnahmen den Versuch der Ausmerzungen aller Infektionsquellen. Bezüglich der Rindertuberkulose hat die systematische und rücksichtslose Abschachtung kranker, beziehungsweise infiziert gewesener Tiere die Richtigkeit dieser Auffassung bewiesen.

Die Planung und Inangriffnahme erfolgversprechender Maßnahmen gestaltet sich aus verständlichen Gründen beim Menschen ungleich schwieriger. Immerhin stehen uns viele und gangbare Wege zur Verfügung, die bei konsequenter Durchführung, wenn auch nicht die Ausrottung, so doch die Einschränkung der Gefahrenquellen, der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern auf ein tragbares Maß ermöglichen würden. Im Vordergrund stehen hier Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, rechtzeitiger Krankenerfassung und Krankheitsbehandlung. Sie gliedern sich in gesundheitspolizeiliche, hygienische, ärztliche und wirtschaftliche Maßnahmen, deren jeder gleich große Bedeutung zukommt.

Die früher bis zu den Weltkriegsjahren beobachteten größeren Erkrankungs- und Sterbezahlen der städtischen gegenüber der ländlichen Bevölkerung sind heute ausgeglichen. Die Sterbestatistik der Nachkriegszeit zeigt aber immer noch eine Bevorzugung des männlichen Teiles der Bevölkerung (1953 starben an Tuberkulose im Bundesgebiet 6904 Männer gegenüber 3690 Frauen). Einen wesentlichen Faktor spielen die sozialen Verhältnisse und dabei insbesondere die Wohnungsverhältnisse, die neben dem Stand der Hygiene den Wirtschaftsstandard widerspiegeln. Sehr eindrucksvoll sind hier die Zahlen von Winkler (zitiert nach Sylla) aus Charlottenburg aus den Jahren 1908 bis 1912. Von 5055 an Tuberkulose Verstorbenen lebten in Einzimmer-Wohnungen 297 mit 39 Gesunden zusammen. Von je 100 Wohnungsinsassen starben also 43,3 % an Tuberkulose!

In derselben Reihenfolge betrugen die Zahlen:

für 3-Zimmer-Wohnungen	2113 : 6565 = 19,3 %
für 5-Zimmer-Wohnungen	171 : 595 = 22,3 %
für 7-Zimmer-Wohnungen	31 : 125 = 19,9 %
für 10-Zimmer-Wohnungen	8 : 47 = 14,2 %.

Im Jahre 1910/11 starben in Einzimmer-Wohnungen 10 % aller Bewohner an Tuberkulose, in Fünf- (und Mehr-) Zimmer-Wohnungen nur 4,2 %.

Von wie großem Einfluß die äußeren Umstände (Wohnungs-, Ernährungs-, Lebensstandard) auf die Morbidität und Mortalität sind, zeigen eindeutig auch die Rückschläge nach den beiden Weltkriegen, die, trotzdem nach dem 2. Krieg die Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen und Todesfälle höher als 1918/1920 war, mit dem Aufhören der Notzeit in wenigen Jahren ausgeglichen waren. Gerade das Experiment der beiden Kriege hat bei Ver-

gleich mit den von ihnen nicht berührten Ländern gezeigt, eine wie entscheidende Rolle der Ernährungs- und Wohnungshygiene im Kampf gegen die Tuberkulose zukommt.

Daß neben Hunger, körperlicher und Wohnungsnot auch die große seelische Belastung während und nach dem 2. Weltkrieg ein mitbestimmender Faktor für das Ansteigen der Krankheits- und Sterbeziffern war, ist verständlich.

IV.

Wie bei jeder Volksseuche, so kann auch im Kampf gegen die Tuberkulose ein Erfolg nur dann garantiert werden, wenn bei umfassender Inangriffnahme, planvoller Organisation und einheitlicher Arbeitsgestaltung alle Beteiligten eine *Kampfgemeinschaft* bilden. Eine Gemeinschaft, der sich sowohl die Kranken als auch die zum Kampf und zur Mithilfe Aufgerufenen unter Hintanstellung egozentrischer und separatistischer Forderungen und Wünsche vertrauensvoll eingliedern wollen und können.

Wir wissen um die Erfolge der Tuberkuloseorganisationen und verkennen keineswegs die Bedeutung der Landesverbände, die, wie in Thüringen, Württemberg und der Pfalz bereits seit den 20er Jahren fruchtbarste Arbeit leisteten. Immer und überall aber scheiterten die lückenlose Erfassung *aller* Kranken und die einheitliche Zusammenfassung *aller* Beauftragten an der Unmöglichkeit, Einzelwünsche und Sonderinteressen ausgleichen und hintanstellen zu können.

Solange nur „ein Teilgebiet der gesamten Tuberkulosebekämpfung zum Gegenstand einheitlicher Zusammenfassung im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft“ gemacht wird, bleibt auch der Erfolg zwangsläufig nur Teilerfolg.

Aus solcher Erkenntnis heraus kam der Wunsch und Wille, für das Land Rheinland-Pfalz eine Organisation zu schaffen, die durch Zusammenfassung aller beteiligten und interessierten Stellen eine lückenlose „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose“ bildete.

Schon bald nach dem Kriege hatten sich unter wesentlicher Beteiligung der Landesversicherungsanstalt der in Rheinhessen und in der Pfalz bestehende „Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose“ sowie in Rheinland-Nassau der Landesfürsorgeverband unter Aufgabe regionaler Sonderwünsche zur Zusammenarbeit entschlossen. 1947 wurde dann im rheinland-pfälzischen Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt eine Landestuberkulosestelle geschaffen, die als Bestandteil des Landesfürsorgeverbandes auch die Aufgaben des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose für die Gebiete Rheinhessen und Pfalz übernahm.

Aus solcher Gemeinschaftsarbeit ergab sich die Notwendigkeit zu einem noch umfassenderen Zusammenschluß aller an der Tuberkulosebekämpfung beteiligten und interessierten Stellen. Vorarbeiten und Verhandlungen, an denen mit ihren ärztlichen Beratern und Sachbearbeitern vornehmlich der

Leiter des Landesjugend- und Wohlfahrtsamtes, Ministerialrat Schmitz, und der Präsident der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, Hermann Langlotz, beteiligt waren, führten dann zur Gründung der „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz“, die am 1. Januar 1950 ihre Tätigkeit aufnahm. Damit war der Grundstein zu einer umfassenden Tuberkulosebekämpfung gelegt.

Unter der Geschäftsführung der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz wurden mit dem eingearbeiteten und fachlich versierten Personal der Landestuberkulosestelle und der Heilverfahrensabteilung (tbc) der Landesversicherungsanstalt eine Hauptdienststelle der Arbeitsgemeinschaft (Arge) in Speyer (für die Regierungsbezirke Pfalz und Rheinhessen) und eine Zweigstelle in Boppard (für die Regierungsbezirke Koblenz, Trier und Montaubaur) errichtet.

Zunächst übernahm die Arge die Erledigung aller Aufgaben, die bis dahin der Landestuberkulosestelle einschließlich der Zweigstelle Speyer und der Abteilung Tuberkulose-Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz zugefallen waren. Bald aber trat auch das Landesversorgungsamt Rheinland-Pfalz der Arge bei und übertrug ihr die Heilbehandlung seiner tuberkulösen Versorgungsberechtigten.

Damit oblag der Arge die Durchführung aller Maßnahmen auf dem Gebiet der Tuberkulosebehandlung und der Tuberkulosehilfe für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, der Angestellten- und Invalidenversicherung, für die Versorgungsberechtigten und schließlich für alle in keinem Versicherungsverhältnis stehenden Kranken, die unter die Verordnung über Tbc-Hilfe vom 8. September 1942 fallen. Da in die Betreuung auch die familienhilfsberechtigten Angehörigen der Versicherten und die unterhaltsberechtigten Angehörigen der unter die Verordnung über Tbc-Hilfe vom 8. September 1942 fallenden Personenkreis eingeschlossen waren, erfaßte die Arge praktisch 90 — 95 % aller den örtlichen Tuberkulosefürsorgestellen bekannten Kranken. Die Tätigkeit der Arge wurde noch umfassender, als einige große private Krankenversicherungen auf Grund getroffener Einzelvereinbarungen sich gleichfalls der Organisation der Arge, insbesondere deren zentralem Bettennachweises für die Kranken bedienten.

V.

Das eigentliche Aufgabengebiet gliedert sich im einzelnen in:

1. Die allgemeine Versorgung mit ärztlicher Hilfe und Medikamenten (die sogenannte unspezifische ambulante Behandlung), soweit diese nicht von einem Träger der Krankenversicherung durchgeführt wurde.
2. Die stationäre Behandlung in Krankenhäusern und Heilstätten.
3. Diejenige ambulante Behandlung, die zur Sicherung eines in stationärer Behandlung erzielten Heilerfolges notwendig war. Insbesondere handelt es sich dabei um die weitere Durchführung von Pneumothorax- und

Pneumolysen-Behandlungen, die Fortsetzung eingeleiteter Kuren mit antibiotischen und tuberkulostatischen Heilmitteln sowie um Strahlenbehandlung bei Lupuskranken (sogenannte spezifische ambulante Behandlung).

4. Die wirtschaftliche Betreuung der Kranken und gegebenenfalls auch ihrer unterhaltsberechtigten Angehörigen während der stationären Behandlung und auch neben der ambulanten Behandlung.
5. Die tätige Mithilfe zur Sicherstellung aller für den Kranken und seiner Angehörigen notwendigen Maßnahmen auf dem Gebiet der allgemeinen Gesundheitsfürsorge (Arbeitsfürsorge, Berufsberatung, Berufswechsel, Wohnungsfürsorge, hygienische und sonstige Maßnahmen).

Die Art und der Umfang der für die einzelnen Gruppen des erfaßten Personenkreises durchzuführenden Maßnahmen richteten sich nach den zwischen der Landesversicherungsanstalt als Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft und den einzelnen Kostenträgern getroffenen Vereinbarungen. So wurde nicht nur eine umfassende und einheitlich gesteuerte Tuberkulosebekämpfung erreicht, sondern auch eine individuelle Betreuung gesichert. Die Tuberkulose-Fürsorgestelle, bei der ja zwangsläufig über das Gesundheitsamt alle aktiven Tuberkulosen zur Meldung kommen, wurde bewußt in den Mittelpunkt der gesamten Tuberkulosebekämpfung gestellt. Mit ihr arbeitete die Arbeitsgemeinschaft engstens zusammen. Alle von ihr ausgehenden Anträge auf ärztliche und wirtschaftliche Hilfe werden direkt der Arbeitsgemeinschaft zur Bearbeitung zugeleitet.

Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit des Kostenträgers fallen dadurch fort. Zugleich wird vermieden, daß die Arbeit des einzelnen Kostenträgers entsprechend der jeweils verschiedenen Struktur des zu betreuenden Personenkreises nach Auffassung und Zielrichtung verschiedenartig durchgeführt wird. Die Bearbeitung durch Einzelstellen, die Verzettlung der Anträge — für den gleichen Hilfsbedürftigen unter Umständen an mehrere Kostenträger — wird unterbunden. So werden Doppelarbeit auf der einen, Lücken auf der anderen Seite beseitigt.

Andererseits erfolgt die Bearbeitung durch die Arbeitsgemeinschaft im Einzelfall individuell; maßgebend sind hierbei die Vereinbarungen zwischen der Landesversicherungsanstalt (als Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft) und den einzelnen Kostenträgern.

Die Arbeitsgemeinschaft hat vom ersten Tage an entscheidenden Wert darauf gelegt, als Betreuerin der ihr anvertrauten Kranken zu gelten und alle Verwaltungsarbeit auf dieses Ziel abgestellt. Daraus ergab sich die Selbstverständlichkeit, außer den Kostenträgern alle an der Tuberkulosebekämpfung interessierten und direkt oder indirekt beteiligten Stellen zur Mitarbeit aufzurufen.

Die Bemühungen, solche Zielsetzung zu praktizieren, fand ihren Niederschlag in der aus den Erfahrungen der ersten Arbeitsjahre gewonnenen und von den Beteiligten Mitte 1953 gebilligten

Satzung der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz.

Aufgabe und Zweck der Arbeitsgemeinschaft.

§ 1

Die Arbeitsgemeinschaft bezweckt, alle Maßnahmen zu fördern und möglichst selbst durchzuführen, die der Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz dienlich sind.

Aufgaben, die im Rahmen der Seuchenbekämpfung und der Erfassung der Tuberkulose unmittelbar dem Staate obliegen (§ 61 d. 3. DVO vom 30. März 1935 zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934), werden von der Arbeitsgemeinschaft nicht übernommen.

§ 2

Zur Erzielung dieses Zweckes wird die Arbeitsgemeinschaft in erster Linie alle Heilverfahrensmaßnahmen, sowohl stationär, wie spezifisch-ambulanter Natur, alle Maßnahmen der Absonderung und alle wirtschaftlichen Maßnahmen für die Erkrankten und ihre Angehörigen zu Lasten der verpflichteten Kostenträger nach näherer Vereinbarung mit ihnen durchführen.

Aufgabenbereich der Arbeitsgemeinschaft.

§ 3

Der Arbeitsgemeinschaft gehören als Mitglieder an und haben die Durchführung ihrer Aufgaben auf dem Gebiet der Tbc-Hilfe dieser übertragen:

- a) Das Land Rheinland-Pfalz, Sozialministerium, als Kostenträger seiner Landesfürsorgeverbände, vertreten durch das Landeswohlfahrts- und Jugendamt Rheinland-Pfalz.
- b) Die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz als Träger der Invaliden- und Angestelltenversicherung.
- c) Die Träger der reichsgesetzlichen Krankenversicherung, vertreten durch ihre Verbände.

Das Nähere regeln die mit den einzelnen Kostenträgern gesondert abzuschließenden Vereinbarungen.

Im Rahmen dieser Vereinbarungen wirkt die Arbeitsgemeinschaft in den zugewiesenen Fällen auch bei der Durchführung der stationären Heilbehandlung tuberkulöser Versorgungsberechtigter für das Landesversorgungsamt Rheinland-Pfalz mit.

Zur Durchführung dieser Aufgaben gehören der Arbeitsgemeinschaft weiter an:

- a) Das Innenministerium Rheinland-Pfalz, Abteilung Gesundheitswesen, vertreten durch seinen Landestuberkulosearzt,
- b) die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz,
- c) die Kassenärztliche Vereinigung, Landesstelle Rheinland-Pfalz.

§ 4

Organisationen, Einrichtungen und Einzelpersonen, die mittelbar oder unmittelbar an der Bekämpfung der Tuberkulose mitwirken, können mit Zustimmung der Kostenträger der Arbeitsgemeinschaft (§ 3) die Durchführung ihrer Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft übertragen.

Sitz der Arbeitsgemeinschaft.

§ 5

Die Arbeitsgemeinschaft hat ihren Sitz in Speyer bei der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz.

Geschäftsführung.

§ 6

Die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft führt die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz in Speyer. Die geschäftsführende Leitung der Arbeitsgemeinschaft obliegt dem Präsidenten der Landesversicherungsanstalt. Er überträgt einem Dezernenten der Anstalt die laufenden Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft.

§ 7

Der Präsident der Landesversicherungsanstalt beruft aus den leitenden Beamten oder Angestellten der Landesversicherungsanstalt den Geschäftsführer, den stellvertretenden Geschäftsführer und den ärztlichen Referenten der Arbeitsgemeinschaft.

§ 8

Der Geschäftsführung obliegt außer der Durchführung der laufenden Geschäfte die Aufstellung:

- a) einer Geschäftsordnung,
- b) des Voranschlages,
- c) der Jahresrechnung,
- d) des Jahresberichtes und Tätigkeitsberichtes.

Die nach § 3 in der Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Organisationen treten alljährlich mindestens einmal zusammen zur Beratung über die der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft obliegenden Aufgaben.

§ 9

Die Arbeitsgemeinschaft wird in allen ärztlichen Fragen durch einen ärztlichen Fachausschuß beraten. Der Fachausschuß besteht aus:

- a) dem Landestuberkulosearzt,
- b) dem Landesvertrauensarzt als Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen,

- c) einem ärztlichen Vertreter der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz.
- d) einem ärztlichen Vertreter des Sozialministeriums als Vertreter des Landeswohlfahrts- und Jugendamtes und der Versorgung,
- e) einem ärztlichen Vertreter der Landesärztekammer,
- f) einem ärztlichen Vertreter der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung.
- g) einem Heilstättenarzt,
- h) einem freipraktizierenden Lungenfacharzt,
- i) einem Fürsorgearzt.

Den Vorsitz des Fachausschusses führt der Landestuberkulosearzt. Die einzelnen Mitglieder dieses Ausschusses werden durch den Präsidenten der Landesversicherungsanstalt auf Vorschlag der obengenannten Gruppen berufen.

Der Vorsitzende des Fachausschusses kann zu den Arbeitstagungen des Fachausschusses anerkannte Könnner auf einzelnen Fachgebieten der Tuberkulose, die bei den Arbeitstagungen zur Debatte stehen, als zusätzliche Berater hinzuziehen.

Bei Fragen der Lupusbekämpfung wird der Beauftragte für Hauttuberkulose des Landes zu den Beratungen des Fachausschusses hinzugezogen.

§ 10

Die Satzung tritt am 1. 7. 1953 in Kraft. Mit dem gleichen Zeitpunkt tritt die Satzung vom 26. 5. 1952 außer Kraft.

§ 11

Diese Satzung bedarf der Zustimmung des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz.

Mainz, den 1. Juli 1953

Landeswohlfahrts- und Jugendamt
Rheinland-Pfalz

Verband der Ortskrankenkassen für
die Länder Rheinland-Pfalz, usw.
L a h r , Schwarzwald

Landesverband d. Betriebskrankenkassen
L u d w i g s h a f e n

Landesstelle der Kassenärztlichen
Vereinigung Rheinland-Pfalz
K o b l e n z

Landesversorgungsamt Rheinland-Pfalz

Verband der Innungs- und Landkranken-
kassen, K ö l n

Verband der Angestelltenkrankenkassen,
Landesausschuß Rheinland-Pfalz, M a i n z

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz,
K o b l e n z

Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, S p e y e r.

Als erfreuliche Tatsache ist zu verzeichnen, daß neben den Sozialversicherungsträgern, der Fürsorgeverwaltung und der Versorgung, die Ärzteschaft, vertreten durch die Abteilung Gesundheitswesen beim Innenministerium Rheinland-Pfalz, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung an der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft tätiges Interesse nahm. Welchen Wert die Arbeitsgemeinschaft selbst auf die Mitarbeit des Arztes legte, ergibt sich aus der Einrichtung eines ärztlichen Fachausschusses, dem im Rahmen der Gesamtarbeit eine breite und in allen ärztlichen Fragen entscheidende Rolle zugewiesen wurde. In diesem ärztlichen Fachausschuß sind alle an der Arbeitsgemeinschaft beteiligten Stellen ebenso vertreten wie Ärzte aus den Kreisen der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Tuberkuloseheilstätten und der behandelnden Fachärzteschaft. Den Vorsitz führt als Landestuberkulosearzt der Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium.

VI.

Geschäftsjahr 1950

Die Durchsicht der alljährlich veröffentlichten Geschäftsberichte vermittelt ein Bild vom Wachsen und Werden der Arbeitsgemeinschaft.

Die Übernahme der Ende 1949 laufenden Geschäfte der einzelnen „Vorläufer“ auf die Arbeitsgemeinschaft erfolgte ohne Schwierigkeiten, zumal mit der Übernahme des alten Personals eingearbeitete Kräfte zur Verfügung standen, denen überdies die in Betreuung stehenden Kranken, die Heilstätten, die Fürsorgestellen usw. genügend bekannt waren.

Im Jahre 1950 liefen über die Arbeitsgemeinschaft auf Antrag der Tuberkulose-Fürsorgestellen 26 216 Einzelmaßnahmen, von denen 24 484 bewilligt und durchgeführt wurden. Der Gesamtaufwand betrug rund 14 764 000 DM, an dem

die Sozialversicherungsträger (Invalidenversicherung, Angestelltenversicherung, Krankenversicherung)	mit 46,5 %
das Land	mit 32,8 %
die Versorgung	mit 11,7 %
der Bund (Kriegsfolgehilfe)	mit 9,0 %

beteiligt waren.

Die Summe an Arbeit und Ausgaben umfaßte Hilfsmaßnahmen für 6824 Tbc-Kranke.

Die Tatsache, daß mit 90 — 95 % aller an aktiver Tuberkulose Erkrankten eine fast lückenlose Übersicht über das Tbc-Krankengut gegeben war, führte in bezug auf die gesamte Gesundheitsführung zu Erkenntnissen und Möglichkeiten, die den Vorzug und die Bedeutung einer solchen umfassenden Bekämpfungszentrale bald deutlich werden ließen. Sie gaben zum Beispiel

in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheitswesen des Innenministeriums und den Organen der Ärzteschaft Veranlassung zu reorganisatorischen Veränderungen im Bereich der Tuberkulose-Fürsorgestellen: Alle Fürsorgestellen wurden mit Fachärzten für Lungenkrankheiten besetzt, wobei im Bereich der ländlichen und kleineren Kreise Chefärzte der Lungenheilstätten nebenamtlich tätig waren. Damit war auch den Assistenzärzten neben der klinischen und heilstättenmäßigen Behandlung Tuberkulosekranker die Möglichkeit zu umfassender Ausbildung in ambulanter Diagnostik, zu Kontakt mit Frühfällen, zu differentialdiagnostischen Studien usw. gegeben.

Die Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärzteschaft wurde durch den Ausbau der Möglichkeiten vertieft, unklare Krankheitsfälle zur Mitbeurteilung der Fürsorgestelle überall da zuzuweisen, wo ansonsten ein Facharzt nicht zur Verfügung stand. Der Vertrauensärztliche Dienst wurde angewiesen, sich weitgehend der Tuberkulose-Fürsorgestelle als zusätzlicher Fachbegutachterin zu bedienen. Die Landesversicherungsanstalt übertrug die Begutachtung im Tbc-Renten- und Heilverfahren ausschließlich den Tuberkulose-Fürsorgestellen. Die Arbeitsgemeinschaft organisierte unter Einspannung ihres ärztlichen Fachausschusses regionale Arbeitstagen und Fortbildungskurse für Tuberkulose-Fürsorgeärzte und zog entsprechende Tagungen für das Hilfspersonal der Gesundheitsämter und Bezirksfürsorgeämter auf. An solchen Arbeitstagen kamen nicht nur die Vertreter des ärztlichen Dienstes der Arbeitsgemeinschaft zu Wort: Neben Fragen der Organisation, Überblicks- und Arbeitsreferaten wurden hier in offener Aussprache Anregungen und Hinweise gegeben und empfangen. So schufen diese Arbeitstagen nicht nur die Möglichkeit zu enger und persönlicher Zusammenarbeit; sie gaben der Zentrale die Möglichkeit, alle Schreibtischarbeit nach den Erfahrungen und Gegebenheiten der Praxis auszurichten.

Der ärztliche Dienst der Arbeitsgemeinschaft übernahm neben der ärztlichen Beurteilung der einlaufenden Anträge die Überwachung der ambulanten und stationären Behandlung. So war bereits nach Ablauf eines Jahres die ambulante Pneumothorax- und Pneumolysenbehandlung nach einheitlichen Gesichtspunkten organisiert. An Hand der mit den Vierteljahrsberichten eingereichten Röntgenkontrollaufnahmen wurden unklare Fälle mit dem jeweils behandelnden Arzt besprochen, nicht genügend wirksame Pneumothoraces aufgelassen, beziehungsweise einer zusätzlichen Behandlung zugewiesen und in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Fachausschuß Richtlinien für die ambulante Pneumothoraxbehandlung herausgegeben. Dadurch wurde nicht nur manche Fehlsteuerung vermieden, sondern auch die Auflassungsfrage nach einheitlichen Gesichtspunkten geordnet.

Von wesentlicher Bedeutung war auch die Möglichkeit, die sogenannte spezifische ambulante Behandlung beeinflussen und steuern zu können. Die Einführung der Tuberkulostatika und späterhin auch der Antibiotika in die Tuberkulosetherapie brachte die Gefahr mehr oder minder wahlloser Verordnungsweise durch nicht genügend fachlich versierte Ärzte mit sich.

Es ist ein Verdienst der Arbeitsgemeinschaft, zusammen mit der Abteilung Gesundheitswesen des Landes, der Landesärzte- und Apothekerkammer sowie der chemischen Großindustrie, der drohenden Gefahr von Mißständen und Fehlsteuerungen bereits zu Beginn der modernen Behandlungsära wirksam begegnet zu sein. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß sich auch die Herstellerfirmen durch freiwillige Einschränkung der Abgabemöglichkeiten der neuen Arzneimittel einsichtsvoll den Bemühungen um ein „nil nocere“ anschlossen.

Im Rahmen der stationären Behandlung erfolgte im Einvernehmen mit den leitenden Ärzten eine Qualifizierung und ständige Überwachung der Tuberkulosestationen der Krankenhäuser und der Heilstätten. Mit Unterstützung der Abteilung Gesundheitswesen des Innenministeriums konnte durch Zuschüsse und Darlehen eine Reihe von Tuberkulose-Stationen an Krankenhäusern neu errichtet, erweitert und verbessert werden. Dabei wurde dem Problem der Unterbringung asylierungsbedürftiger Kranker besondere Beachtung geschenkt. Analog der zwischen den Krankenkassenverbänden und den Krankenhäusern getroffenen Vereinbarungen wurden die Tuberkulose-Stationen nach Einrichtung, Ausrüstung, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eingeordnet und die Tagessätze entsprechend festgelegt. Für die Aufnahme und Betreuung Tuberkulöser wurde ein Zuschlag zum normalen Pflegesatz gegeben. Alle diese Maßnahmen setzten die Arbeitsgemeinschaft instande, bei der Einweisung Kranker in die Krankenhäuser allen Notwendigkeiten in diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Hinsicht Rechnung tragen zu können.

Mit einer Reihe von Heilstätten wurden Vertragsabschlüsse getätigt, die neben der Garantierung einer festgelegten Bettenzahl alle zum Ablauf auch psychischer Betreuung notwendigen Sicherheiten boten.

Sowohl die eigenen Heilstätten der Kostenträger als auch die Vertragsheilstätten und die nur sporadisch belegten Häuser wurden regelmäßig vom ärztlichen Dienst besucht. Dadurch geschah nicht nur der notwendigen Überwachung Genüge: Eine enge und erspriessliche Zusammenarbeit mit den Heilstättenärzten gab fortlaufend für beide Teile wertvolle Anregungen und Erkenntnisse; den Kranken war der Besuch ihres „Heimatarztes“ die Verbindung zum alten Betreuungskreis, um so mehr, seit nach Einrichtung eines „sozialen Dienstes“ ein Mitarbeiter dieser Dienststelle gleichfalls im Turnus die Heilstätten besuchte. Er nimmt Wünsche und Anliegen entgegen, gibt über alle Fragen der wirtschaftlichen Hilfe Aufklärung, übernimmt die Bearbeitung eher notwendig werdender Arbeitsfürsorge, regelt die Kostenfrage einer erforderlichen Umschulung und vermittelt bei allen anderen auftretenden Schwierigkeiten.

Die auf dem ärztlichen Verwaltungssektor gepflegte Zusammenarbeit und der bei der Arbeitsgemeinschaft geführte Bettennachweis hatten zur Folge, daß 1950 die Wartezeiten für Aufnahme in die stationäre Behandlung gegen-

über den Vorjahren wesentlich verkürzt werden konnten: Bei 11 382 Einweisungen betrug die Wartezeit in 8485 Fällen unter einem Monat. Die Arbeitsgemeinschaft intensivierte bald nach ihrer Arbeitsaufnahme auch die Heilversorgung und Betreuung der an Hauttuberkulose Erkrankten. Nachdem Prof. Dr. med. E. Keining, Direktor der Universitäts-Hautklinik Mainz, als Lupusbeauftragter des Landes in regelmäßigen Abständen Lupusprechstunden an allen Gesundheitsämtern abhielt, gewann die Versorgung auch auf diesem Sektor an Interesse bei den Kranken wie bei der behandelnden Ärzteschaft. Die Sprechstunde entwickelte sich nicht nur zu einer Fürsorgestelle für Lupusranke; sie wurde gern und in zunehmendem Maße nicht nur von Patienten, sondern auch von den Ärzten zur differentialdiagnostischen Klärung strittiger Fälle aufgesucht und besichtigt.

VII.

Geschäftsjahr 1951

Der Geschäftsbericht für das Jahr 1951 weist namentlich auf dem Gebiet der wirtschaftlichen Betreuung Fortschritte auf, die bei separater Bearbeitung durch die einzelnen Kostenträger niemals mit solcher Einmütigkeit und so selbstverständlich hätten erreicht werden können.

Schon ab 1. Januar 1951 wurden auf Anregung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger verbesserte Richtlinien für die Zahlung von Hausgeld an Versicherte während der stationären Behandlung zur Sicherung des Lebensbedarfs ihrer unterhaltsberechtigten Angehörigen herausgegeben und praktiziert. Damit erreichten die täglichen Hausgeldbeträge je nach der Zahl der unterhaltsberechtigten Angehörigen 70 % des letzten Bruttoeinkommens. Härtefälle wurden durch Ausnahmebestimmungen geregelt.

Der Erlaß des früheren Reichsarbeitsministeriums vom 3. Juni 1944, unter anderem die wirtschaftliche Betreuung der rentenversicherten Tuberkulose-Kranken betreffend, hatte zu einer ungeklärten Rechtslage und damit zur Gefährdung der Versorgung dieser Kranken geführt. Auch hier wurde die Kostenfrage geklärt und somit eine Benachteiligung der Betroffenen vermieden.

Durch die planvolle und sehr positive Zusammenarbeit mit allen Stellen, insbesondere den Tuberkulose-Fürsorgestellen, Ärzten und Fürsorgerinnen, den Bezirksfürsorgeverbänden, den Krankenkassen, Krankenhäusern und Heilstätten, wurden die Wartezeiten weiter verkürzt; sie betrugen bei Erwachsenen nurmehr mit ca. 2,5 %, und bei Kindern mit 3,5 % mehr als einen Monat. In dringenden Fällen erfolgte die Einweisung im Wege des Schnellverfahrens durch fernmündliche Vereinbarung durchweg in 1 — 3 Tagen. Sehr zustatten kam dabei, daß die Arbeitsgemeinschaft jeweils ohne Klärung der Kostenfrage zunächst die Kostengarantie übernahm.

Die Statistiken des Jahres spiegeln als Folge der intensiveren Durchkämmung der Bevölkerung und besseren Erfassung der Frühfälle kürzere Einweisungszeiten und durch großzügige Kostenübernahme für aktive und spezifische Behandlung gegenüber den Vorjahren günstigere Kurerfolge wider.

Im Kalenderjahr 1951 wurden von 18 520 Anträgen 17 548 bewilligt und durchgeführt. Der Gesamtaufwand betrug rund 16 255 000 DM, an dem die Sozialversicherungsträger (Invaliden- und Angestelltenversicherung, Krankenversicherung)

das Land	mit 58,0 %
die Versorgung	mit 21,2 %
der Bund (Kriegsfolgehilfe)	mit 12,9 %
beteiligt waren.	mit 7,9 %

Das bedeutet trotz Rückgang der Zahl der Einzelleistungen um rund 30 % eine Steigerung der Gesamtausgaben um 10 %. Eine Erklärung dafür finden wir bei Vergleich der prozentualen Anteile der Einzelmaßnahmen am Gesamtbild: Während 1950 noch 31 % der Maßnahmen auf die wirtschaftliche Hilfe entfielen, waren es als Spiegelbild der fortschreitenden allgemeinen wirtschaftlichen Gesundung 1951 nurmehr 22,4 %. Andererseits wurden als sichtbarer Beweis für die intensivere Durchkämmung der Bevölkerung und Erfassung der Frühfälle 1951 57 % stationäre Behandlungsmaßnahmen in Krankenhäusern und Heilstätten durchgeführt gegenüber 45 % im Jahre 1950.

Am Ende des Berichtsjahres standen 8216 Personen in Betreuung der Arbeitsgemeinschaft gegenüber 6824 erfaßter Personen Ende 1950.

Auf dem ärztlichen Behandlungssektor konnten 1951 in Anbetracht der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse die *ambulante* Behandlung mit tuberkulostatischen und antibiotischen Medikamenten weitgehend abgebaut werden. Sie sollte grundsätzlich während des stationären Aufenthaltes des Patienten in den Krankenhäusern und Heilstätten erfolgen. Nur wo in Ausnahmefällen mit der Entlassung aus der Heilstätte eine Weiterbehandlung als erforderlich angesehen wurde, übernahm die Arbeitsgemeinschaft noch die Medikamentenkosten. Praktisch wurde mit dieser Maßnahme auch erreicht, daß alle heilverfahrensbedürftigen Kranken unmittelbar nach ihrer Erfassung der stationären Behandlung zugewiesen wurden. Die mancherorts im Sinne einer „vorbereitenden Heilmaßnahme zum Heilverfahren“ praktizierte Einleitung einer ambulanten spezifischen Behandlung mit antibiotischen oder tuberkulostatischen Medikamenten hatte sich in nicht wenigen Fällen als unzweckmäßig und den Heilverlauf verzögernd und komplizierend erwiesen, zumal sie von vielen Patienten als erwünschter bequemer Ersatz für die stationäre Behandlung angesehen wurde.

In Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern bemühte sich die Arbeitsgemeinschaft, auf dem Sektor der Seuchenbekämpfung im Berichtsjahr zunehmende Möglichkeiten zu erschließen, asoziale Bazillenträger durch Asy-

lierung zu neutralisieren. Das von ihr zusammengetragene Material bewies eindeutig die Größe der Gefahrenquote, die undisziplinierte Kranke für die Umgebung sowie die Gesamtbevölkerung darstellen. Die Bemühungen zeigten wegen der zunächst noch rechtlichen Unmöglichkeit, wenigstens in zwingenden Fällen Zwangsasylierungen durchführen zu können, leider keinen Erfolg.

In gleicher Richtung, hier mit durchaus positivem Ergebnis, gingen die Bestrebungen um eine einheitliche Durchführung von Beurlaubungen aus stationärer Behandlung. Beurlaubungen wurden grundsätzlich nur noch in Ausnahmefällen (Todesfall in der Familie etc.) und auch nur dann gewährt, wenn von Seiten der Kranken und nach den häuslichen Verhältnissen Ansteckung für die Umgebung und zusätzliche gesundheitliche Belastung für die Patienten selbst ausgeschlossen werden konnten. Diese früher kaum durchzuführende einheitliche Regelung für praktisch alle tbc-kranken Krankenhaus- und Heilstättenpatienten bedeutete eine wesentliche Entscheidungsentlastung für die Chefarzte.

Auf derselben Linie lag die Vereinheitlichung disziplinarer Maßnahmen. Bei größeren Verstößen gegen die Hausordnung wurde bisher die Entlassung verfügt. Das war weder im Sinne einer erstrebten wirksamen Tuberkulosebekämpfung noch einer einheitlichen Ordnung, solange nicht alle Kostenträger mit solcher Ahndung einverstanden waren. Zudem wurde praktisch der mit vieler Mühe und Aufwand erzielte Kurerfolg zunichte gemacht. In die einheitliche Disziplinarordnung wurde nun als sehr wirksames Mittel zeitweilige Sperrung und Entzug des Taschengeldes einbezogen. Damit wurde strafweise Entlassung auf Ausnahmefälle reduziert.

Die Führung einer umfassenden Krankenstatistik fällt in die Zuständigkeit der Staatlichen Gesundheitsämter. Auch aus Sparsamkeitsgründen wurde auf sie verzichtet. Immerhin ergibt das für das Jahr 1951 zur Verfügung stehende Zahlenmaterial, daß insgesamt der Fallzahl nach die Tuberkulose im Landesbereich abgenommen hat. Das betrifft insbesondere die kindliche Tuberkulose. Auffallend ist andererseits die Zunahme der schwerwiegenden Erkrankungen.

VIII.

Geschäftsjahr 1952

Aus dem Geschäftsbericht für das Jahr 1952 ergibt sich eindeutig, von wie großem Vorteil der durch den Zusammenschluß der Kostenträger einheitlich geregelte ärztliche und wirtschaftliche Dienst für die Gesamtarbeit wurde. Dazu kam der weitere Ausbau des sozialen Dienstes, der unter der Leitung eines sozialen Beraters nicht nur die wirtschaftlichen Belange der Kranken und ihrer Angehörigen einheitlich vertrat, sondern sich auch in besonderem

Maße der nachgehenden Fürsorge widmete. Hier stand insbesondere die Arbeitsfürsorge im Vordergrund der Bemühungen.

Wohl auf keinem Krankheitssektor ist die Wiedereingliederung der nach Abschluß des Heilverfahrens wieder einsatzfähig Gewordenen so schwierig wie auf dem der Tuberkulose. Das Odium des „ansteckend krank gewesen sein“ hängt dem gesund Gewordenen weiterhin an. Betrieb und Arbeitskameraden empfinden seine Wiedereingliederung in die Arbeitsgemeinschaft als gefahrbringende Belastung. Notwendig gewordene Arbeitsfürsorge mit dem Ziel der Beschaffung eines geeigneten Arbeitsplatzes komplizieren die Dinge noch mehr. Hier entstand dem sozialen Berater in enger Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern, den Fürsorgestellen, den Betrieben usw. ein ebenso großes wie dankbares Aufgabengebiet. Dabei ergab sich, daß diese Fürsorgearbeit am erfolgreichsten in großen Betrieben — insbesondere den werksärztlich organisierten — und überall da durchzuführen war, wo in gutem sozialem Klima Betriebsleitung und Betriebsrat zu positiver Mitarbeit aktiviert werden konnten.

Eine wesentliche Erleichterung und damit die wirtschaftliche Sicherstellung der Asylierungskranken und deren Angehörige ergab die ab 1. Januar 1952 erfolgte Kostenübernahme (wirtschaftliche Betreuung) durch die Rentenversicherung. Dazu brachten mit Wirkung vom 1. Juni 1952 neue Bestimmungen über die wirtschaftliche Betreuung Tuberkulosekranker und ihrer Angehörigen insgesamt eine wesentliche Besserstellung und ermöglichten zugleich eine individuellere Betreuung. Die bis dahin bestehenden Schwierigkeiten, Ansteckungsquellen durch Asylierung Schwerkranker auszumerzen, ergaben sich nämlich weniger aus dem Mangel an Asylierungsbetten als aus der Unmöglichkeit, die Kranken aus dem Familienbereich herauszulösen, solange man ihnen die wirtschaftliche Sicherstellung ihrer Angehörigen nicht garantieren konnte.

Auch die Verwaltungsarbeit wurde 1952 vereinfacht und durch die Vereinigung der Zweigstelle Boppard mit der Hauptdienststelle Speyer auf eine noch einheitlichere Ausrichtung gebracht. Dabei ergab sich bald, daß Organisation und Verfahrensablauf so vorbildlich eingespielt waren, daß mit Billigung aller Beteiligten im gleichen Jahre der bei der Gründung der Arbeitsgemeinschaft gebildete Beirat nicht mehr in Funktion zu treten brauchte.

Im laufenden Geschäftsjahr wurde der Pflege der Zusammenarbeit mit den Tuberkulose-Fürsorgestellen, Bezirksfürsorgeverbänden und Krankenkassen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Denn die Schwierigkeiten in der Betreuung der Kranken und in der Durchführung seuchenbekämpferischer Maßnahmen lagen zumeist in der allzu komplizierten und lückenhaften Gesetzgebung und den ungeklärten Rechtsverhältnissen begründet und konnten nur durch enge und aufrichtige Gemeinschaftsarbeit aller ausgeglichen werden.

Die Arbeitsgemeinschaft hatte in den ersten Jahren sogenannte Dienstbesprechungen und Arbeitstagungen in größerem Rahmen (Regierungsbezirke) durchgeführt. Die regional unterschiedlichen Verhältnisse und die Unmöglichkeit, auf solchen Tagungen Einzelfälle individuell und ausreichend zu behandeln, führten zu Dienstbesprechungen in kleinerem Rahmen (Bereich einer Tuberkulose-Fürsorgestelle = Kreisbereich), an denen neben den Ärzten auch die Gesundheitspflegerinnen, Fürsorgerinnen und Fachbearbeiter teilnahmen. So wurden die mit der *praktischen* Durchführung der gestellten Aufgaben Beauftragten erfaßt, angeregt und orientiert; — und es zeigte sich bald der Erfolg solch dezentralisierter Organisationsarbeit.

Allgemeingültige und allgemeininteressierende Tagungsergebnisse wurden in Rundschreiben allen Stellen zur Verwertung bekanntgegeben.

Im Kalenderjahr 1952 wurden 16 750 Anträge auf Einzelmaßnahmen eingebracht, davon 15 686 bewilligt und durchgeführt.

Der Gesamtaufwand betrug rund 17 941 000 DM, an dem

die Sozialversicherungsträger	mit 70,7 %
die Versorgung	mit 12,0 %
das Land	mit 8,9 %
der Bund	mit 8,4 %

beteiligt waren.

Der Anteil der Sozialversicherungsträger war also bei einer Gesamtmehrausgabe der Arbeitsgemeinschaft von rund 3,2 Mill. DM gegenüber 1950 von 46,5 % auf 70,7 % gestiegen. Die wesentlichste Last hatte dabei die Invalidenversicherung durch Übernahme der angeführten Mehrleistungen zu tragen.

Eine Übersicht über die prozentuale Verteilung der Gesamtausgaben auf die einzelnen Maßnahmen ergibt, daß die wirtschaftliche Hilfe mit einem Anteil von 23,1 % nur unwesentlich über dem Anteil des Vorjahres liegt (1951 = 22,4 %).

Die Kosten für Gasbrustbehandlung werden im Zeichen der aufkommenden großchirurgischen Ära rückläufig (1950 = 13,0 %, 1951 = 10,2 %, 1952 = 8,0 %).

Die Bemühungen, insbesondere der Sozialversicherungsträger, asylierungsbedürftigen Kranken innerhalb des häuslichen Milieus genügende Absonderungsmöglichkeiten unter hygienisch einwandfreien Bedingungen zu schaffen, spiegeln sich in dem Rückgang der Kosten für die stationäre Asylierung wider (1951 = 7,3 %, 1952 = 6,8 %). Es erscheint in diesem Zusammenhang nicht uninteressant, festzustellen, daß die Arbeitsgemeinschaft im Rahmen des sozialen Wohnungsbauprogramms mit Kommunen, gemeinnützigen Baugenossenschaften usw. Verbindung aufnahm: Bei der Darlehensgebung der sozialen Versicherungsträger für den sozialen Wohnungsbau wurde bei gegebener Notwendigkeit und Möglichkeit darauf hingewirkt, daß innerhalb des Bauprogramms entsprechende Asylierungsmöglichkeiten ver-

wirklicht wurden. Für absonderungsbedürftige Kranke wurden unter Zubilligung von Kostenzuschüssen im Bereich der Familienwohnung ein Zimmer mit fließendem Wasser, Liegebalkon und separatem Eingang reserviert.

Die stationäre Behandlung in Krankenhäusern und Heilstätten erfuhr 1952 eine weitere Erhöhung (1950 = 45 %, 1951 = 56,9 %, 1952 = 59,4 %).

Am Ende des Berichtsjahres standen 9102 Personen in Betreuung der Arbeitsgemeinschaft gegenüber 8216 zu Ende 1951.

1952 machte sich zum ersten Male ein Engpaß in der Bereitstellung von Heilverfahrensbetten für Männer bemerkbar. Trotzdem lag die Wartezeit, bedingt durch den sehr positiv arbeitenden zentralen Bettennachweis, mit durchschnittlich 34 Tagen deutlich unterhalb des allgemeinen Durchschnitts. Dringende Fälle konnten reibungslos sofort untergebracht werden.

In enger Zusammenarbeit mit dem Innenministerium (Abteilung Gesundheitswesen) wurde der systematische Ausbau von Tuberkulose-Stationen an den größeren Krankenhäusern des Landes intensiviert. Dazu stellte das Land den Kreisen erhebliche Zuschüsse (2000 DM je Bett) zur Verfügung, während die Arbeitsgemeinschaft als beauftragter Kostenträger Zuschüsse zum normalen Tagessatz garantierte. Ferner wurden die Tuberkulose-Fürsorgestellen besetzungs- und ausrüstungsmäßig verbessert.

Die Einrichtung und Verstärkung der Lupus-Sprechstunden und eine sehr produktive Zusammenarbeit mit dem Landeskrüppelarzt führte zu Erfolgen in der frühzeitigen Erfassung von Neuerkrankungen und Rezidiven auch auf dem Gebiet der extrapulmonalen Tuberkulose.

1952 wurde auffällig, daß trotz Abnahme der Zahl der Neuerkrankungen und Absinken der Sterbefälle die Zahl der Heilverfahrensanträge und die Dauer der Heilverfahren keine Minderung erfuhren. Die moderne aktive (chirurgische) und spezifische (chemotherapeutische und antibiotische) Behandlung minderte die Mortalitätsziffern, intensivierte aber die Dauer und Dichte der Heilverfahren.

IX.

Geschäftsjahr 1953

Der Geschäftsbericht für das Jahr 1953 spiegelt auf dem Verwaltungssektor die Schwierigkeiten wider, die sich beim Versuch einer totalitären Erfassung und Bekämpfung einer Volkskrankheit für die beteiligten Kostenträger ergeben, wenn sie bemüht sind, ohne Verletzung der gesetzlichen Bestimmungen alle Arbeit auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen und einheitlich auszurichten. Er unterstreicht zugleich die Reformbedürftigkeit unserer Tbc-Gesetzgebung und die Notwendigkeit, auf diesem Gebiet der Gesundheitsführung bald zum Abschluß der schon seit Jahren laufenden gesetzgeberischen Arbeiten zu kommen.

Das Landesversorgungsamt hatte sich zur Wahrung der „Belange des Bundesversorgungsgesetzes“ (BVG) gezwungen gesehen, seine Mitgliedschaft bei der

Arbeitsgemeinschaft zum 31. Dezember 1951 zu kündigen. Dabei blieb von beiden Seiten der Wunsch eindeutig, dem durch meßbare Erfolge belegten Wert einer einheitlichen Tuberkulose-Bekämpfung auch weiterhin zu berücksichtigen und die Existenz der Arbeitsgemeinschaft nicht zu gefährden.

Mit Wirkung vom 1. März 1953 kam es zu einer neuen Vereinbarung: Das Landesversorgungsamt entscheidet selbst über die Bewilligung von Heilbehandlungen nach den Richtlinien des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), überträgt dann aber die Durchführung der bewilligten Maßnahmen im Einzelfall der Arbeitsgemeinschaft. Damit wurde nach außen hin und für die Tuberkulose-Fürsorgestellten das seitherige Verfahren nur unwesentlich geändert. Die Neuregelung brachte für die Arbeitsgemeinschaft aber eine nicht unbedeutende organisatorische und verwaltungsmäßige Mehrarbeit, zumal für die Bearbeitung der Heilbehandlungsanträge zusätzliche Sachbearbeiter eingestellt und geschult werden mußten.

Auch bezüglich der ambulanten Tuberkulose-Behandlung traten Schwierigkeiten dadurch auf, daß nach dem Bundesversorgungsgesetz die Krankenkassen zu beteiligen und ihre Belange zu berücksichtigen waren. Aber auch hier wurde eine für alle befriedigende Regelung gefunden.

Eine weitere Erschwernis trat auf, als zum 1. Juli 1953 die Zuständigkeiten der Rentenversicherungsträger und der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Gebiet der Heilfürsorge neu abgegrenzt wurden. Anlaß dazu war die Aufhebung des sogenannten Führererlasses vom 25. August 1939, der seit 1945 umstritten und, wo er als Rechtsgrundlage für weitere Erlasse gedient, eine erhebliche Rechtsunsicherheit heraufbeschworen hatte. Die Umstellung auf den alten gesetzlichen Zustand brachte verwaltungsmäßig Schwierigkeiten und Mehrarbeit, die aber ausschließlich von der Arbeitsgemeinschaft übernommen und gemeistert wurde. Die Tuberkulose-Fürsorgestellten blieben damit auch hier entlastet und ihrem eigenen Aufgabengebiet erhalten.

Mit der Rückführung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zur selbständigen Körperschaft öffentlichen Rechts stand man auch hier vor neuen Entscheidungen. Solange die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte der Invalidenversicherung angegliedert war, konnten in gemeinsamer Geschäftsführung alle den beiden Sozialversicherungsträgern auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung zukommenden Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft übertragen bleiben. Jetzt mußte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte entscheiden, ob sie künftighin diese Aufgaben in eigener Zuständigkeit und unabhängig von der Arbeitsgemeinschaft durchführen oder dieser nach eigenen Richtlinien weiter belassen wollte. Trotz mancher sichtbar werdender Bestrebungen zur Lösung von der Arbeitsgemeinschaft blieb es vorerst beim alten.

Im Jahre 1953 wurden 17 323 Anträge auf Einzelmaßnahmen eingebracht, von denen 16 885 bewilligt und durchgeführt wurden. Der Gesamtaufwand

betrug rund 20 724 000 DM, an dem
die Sozialversicherungsträger
der Bund
das Land
und die Versorgung
beteiligt waren.

mit 71,9 %
mit 9,8 %
mit 9,5 %
mit 8,8 %

Dabei ist die prozentuale Beteiligung der einzelnen Sozialversicherungsträger gegenüber dem Vorjahr nicht wesentlich verändert. Nur die Beteiligung der Versorgung ist von 12,0 % auf 8,8 % gesunken.

Der ärztliche Bericht zeigt einen unwesentlichen Rückgang der aktiven Tuberkulosefälle seit 1950 von 79,2 auf 73,0 % auf je 10 000 Einwohner (Bundesindex 1953 = 82,0). Dem widerspricht unter Berücksichtigung des Zuwachses der Bevölkerung nicht die Erhöhung an offenen Tuberkulosen von 7954 auf 8940.

Auch 1953 ergeben die Zahlen, daß die modernen aktiven und konservativen Behandlungsmethoden den früher festliegenden schicksalsmäßigen Ablauf der manifest Kranken zumindest verzögern. Längere und öftere Heilverfahren spiegeln andererseits die quoad vitam günstiger gewordene Prognose wider.

Auffallend ist im Berichtsjahre das Ansteigen der Zahl der neuentdeckten offenen und fakultativ offenen Tuberkulosen. Sie muß als Ausdruck einer intensiveren Durchkämmung der Bevölkerung (Reihenuntersuchungen, umfassende Umgebungsuntersuchungen) und des weiteren Ausbaues der Tuberkulose-Fürsorgestellen (personell und ausrüstungsmäßig) angesehen werden. Der ärztliche Bericht schließt aus den Zahlenergebnissen, daß bei einer lückenlos durchgeführten Röntgen-Reihenuntersuchung noch „eine größere Anzahl tuberkulosekranker Patienten im Frühstadium zu erfassen“ sein werden. In diesem Zusammenhang wird neben der gesundheitlichen auf die wirtschaftliche Bedeutung hingewiesen: Die Behandlungskosten (Heilstättenbehandlung) betragen bei geschlossener, früh erkannter Tuberkulose rund 1000 DM, während für einen an offener, fortgeschrittener Tuberkulose Erkrankten im Durchschnitt rund 10 000 DM allein an stationären Behandlungskosten aufgebracht werden müssen.

Der relativ hohe Anteil an Schwerkranken, die nicht selten (wegen nicht rechtzeitiger Erfassung) „verpaßten“ optimalen Behandlungsmöglichkeiten, die vermehrten vorzeitigen Kurbeendigungen und die sich mit der Dauer des Heilverfahrens zwangsläufig einstellende psychische Belastung unterschiedlicher Art beeindrucken die (objektiv erstellten) Erfolgsstatistiken. Neben Bemühungen um eine intensivere und frühzeitigere Erfassung der Erstkrankungen wird sich nach den bislang gewonnenen Erfahrungen ein Anstieg der Heilverfahrensdauer an die im Ausland (namentlich in Amerika) üblichen langen Behandlungszeiten (bis zu zwei Jahren) als notwendig erweisen. Bei den von der Arbeitsgemeinschaft betreuten Kranken betragen die

durchschnittlichen Kurzeiten im Berichtsjahr um fünf Monate. Dabei müssen aber zusätzlich die übrigen, oben angeführten Faktoren Berücksichtigung finden. Das bedingt einen weiteren Ausbau der persönlichen, familiären und wirtschaftlichen Betreuung sowie eine systematisch betriebene Berufs- und Arbeitsvorsorge und -fürsorge.

Die Neuregelung der Zuständigkeiten zwischen den Trägern der Renten- und der gesetzlichen Krankenversicherung betraf auch die ambulante Gasbrustbehandlung, für die vom 1. Juli 1953 an die Krankenkassen als Kostenträger auftreten mußten. Damit war die durch den ärztlichen Dienst der Arbeitsgemeinschaft seit 1950 mit eindeutigem Erfolg betriebene zentrale Betreuung und Überwachung der Pneumothoraxfälle gefährdet. Als erfreuliches Zeichen fruchtbarer Zusammenarbeit kam jedoch zwischen den Vertretern der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen und den Versicherungsträgern eine Einigung dahingehend zustande, daß die ambulante Gasbrustbehandlung weiterhin zentral und einheitlich unter Beachtung der aufgestellten Richtlinien im Zuständigkeitsbereich der Arbeitsgemeinschaft verblieb.

Um den Heilstätten wie auch der behandelnden Ärzteschaft die Möglichkeit zu einwandfreien Resistenzbestimmungen gegen Tuberkulostatika und Chemotherapeutika zu geben, wurde eine zentrale Untersuchungsstelle beim Medizinaluntersuchungsamt in Trier/Mosel geschaffen. Seltsamerweise wurde sie, insbesondere von der behandelnden Ärzteschaft, wenig in Anspruch genommen.

Sehr produktiv war auch im laufenden Berichtsjahr die Tätigkeit des Landeslupusbeauftragten.

Gleich wirksam und erfolgreich zeigte sich die Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch zwischen dem ärztlichen Dienst der Arbeitsgemeinschaft und den leitenden Ärzten der Heilstätten und Kliniken, die durch Arbeits-tagungen erweitert und intensiviert wurden. So blieb der ärztliche Dienst der Arbeitsgemeinschaft „auf dem laufenden“ und sicherte sich selbst und vermittelte neue Erkenntnisse insbesondere in differentialdiagnostischer Hinsicht. Der Wert solcher Zusammenarbeit spiegelte sich in den Erfolgszahlen frühzeitig erkannter und behandelter bösartiger Neubildungen, systematisch und sachgemäß angegangener bronchiektatischer Erkrankungen und der Zuweisung Stauungskrankter zu den ihnen zukommenden Heilverfahren für Kreislaufkranke wider.

Auch auf dem sozialen Sektor wurde weiter gearbeitet. In der Erkenntnis, daß die soziale Betreuung der Kranken und die Entlastung von der Sorge um die eigene wirtschaftliche Sicherstellung und die der Familie einen wesentlichen Heilfaktor bedeutet, wurde das Fürsorgeänderungsgesetz vom 20. August 1953 begrüßt. Es brachte für die allgemeine Fürsorge wesentliche Verbesserungen.

Bei der Betreuung der Kranken vertrat die Arbeitsgemeinschaft eindeutig den Standpunkt, daß den einsichtigen und gesundungswilligen Kranken jede nur mögliche Hilfe zuteil werden solle, daß aber andererseits uneinsichtigen Tuberkulösen mit aller Schärfe entgegengetreten werden müsse, da sie nicht nur für die Familie, sondern auch für die Gemeinschaft eine Gefährdung und Belastung bedeuten. Die zuständigen Kostenträger versperren sich nicht der Einsicht, daß erreichte Heilerfolge nicht durch ungenügende wirtschaftliche Versorgung in Frage gestellt werden dürften, ein Problem nicht nur der Gesundheitsführung, sondern auch von wesentlicher wirtschaftlicher Bedeutung.

Aus den angegebenen Gründen wurde innerhalb der Arbeitsgemeinschaft der soziale Sektor ausgebaut, der insbesondere darüber wachte, daß alle berechtigten Ansprüche der Kranken und ihrer Familien befriedigt werden, gleichgültig auf Grund welcher gesetzlicher Bestimmungen, beziehungsweise Verordnungen sich diese Ansprüche herleiten.

Die Praxis zeigte, daß die gegebenen Möglichkeiten in manchen Fällen nicht ausreichen, um einen Erfolg zu garantieren. Ein besonderes Gewicht wurde auch auf die ideelle Betreuung gelegt, die mit der Vielfalt der Anwendungsmöglichkeiten psychotherapeutischer Bemühungen beginnt und mit der seelischen und charakterlichen Führung der Kranken wie der Angehörigen endet. Solche ideelle Hilfe läßt sich weder nach Zahlen noch nach pekuniärem Aufwand ermitteln und nachweisen. Dafür, daß ihr ein wesentliches Gewicht für den Erfolg im Bereich der Tuberkulose-Bekämpfung zukommt, sprechen die Berichte der ärztlichen Mitarbeiter und des fürsorgerisch geschulten Verwaltungspersonals. Dabei tritt eindeutig zutage, daß produktive Arbeit hier nur von Mitarbeitern geleistet werden kann, die nicht nur das notwendige Einfühlungsvermögen haben, sondern auch psychotherapeutisch so geschult sind, daß sie den seelisch labilen und oftmals skeptisch eingestellten Kranken und deren Familien Wegweiser und Helfer sein können.

Ein großes Gewicht wurde auch 1953 auf die Durchführung von Maßnahmen gelegt, die die Wiedereingliederungsmöglichkeiten in produktive Tätigkeit betreffen. Wie schon früher bemerkt, ist die Situation hier insbesondere deshalb schwierig, weil mit Erfolg nur dann gearbeitet werden kann, wenn man individuell und unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Verfassung des wieder berufsfähig Gewordenen entscheidet. Dazu kommt noch, daß es lange nicht immer gelingt, sowohl den Arbeitgeber als auch den Arbeitskameraden davon zu überzeugen, daß die ansteckungsfähige Krankheit ausgeheilt ist und eine Umgebungsgefährdung nicht mehr besteht.

Zur sozialen Betreuung gehört nicht zuletzt die Beschaffung hygienisch einwandfreier und bei offen Tuberkulösen genügender Isolierung Rechnung tragender Wohnungen, beziehungsweise ihre Verbesserung. Bei den Bemühungen, hier zu Erfolgen zu kommen, hat insbesondere die Landesversicherungs-

anstalt bei der Lenkung der ihr zur Verfügung stehenden Mittel für den sozialen Wohnungsbau produktive Ansätze erreicht. Es bleibt aber auf diesem Gebiet noch viel zu tun, wenn man berücksichtigt, daß letzten Endes der Wohnungshygiene im Kampf gegen die Tuberkulose ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

X.

Geschäftsjahr 1954

Im Jahre 1953 war eine Reihe von Schwierigkeiten überwunden worden, die sich aus der Notwendigkeit ergaben, den einzelnen beteiligten Kostenträgern die Möglichkeit zur Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zu geben. Mit in das neue Berichtsjahr hinein mußte man die Tatsache berücksichtigen, daß die Verabschiedung des seit Jahren in Vorbereitung befindlichen Gesetzes zur Ablösung der Tuberkuloseverordnung vom 8. September 1942 immer noch nicht erfolgt war. Auch die Vereinbarung über die Abgrenzung der Aufgaben auf dem Gebiet der Tuberkulosehilfe zwischen den Trägern der Rentenversicherung und den Fürsorgeverbänden war noch immer nicht abgeschlossen.

Dazu brachte das Jahr 1954 weitere Belastungen durch die Bestrebungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Durchführung der ihr zukommenden Aufgaben auf dem Gebiet der Tuberkulose-Fürsorge und -behandlung in eigene Zuständigkeit zu übernehmen.

Die Arbeitsgemeinschaft vertrat bei all ihren Bemühungen den Standpunkt, nach Möglichkeit ihr Betreuungsprinzip aufrecht zu erhalten: Bislang hatten der Tuberkulosekranke und seine Familienangehörigen eine einzige Stelle, nämlich die Arbeitsgemeinschaft, zu der sie ihre Sorgen in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung hintragen konnten mit der Überzeugung, daß von hier aus zentral alle Angelegenheiten ohne Rücksicht auf den Kostenträger nicht nur erledigt, sondern unverzüglich in eigener Verantwortung (Kostengarantie) in Angriff genommen wurden.

Auf dem Sektor der Orientierung aller beteiligten Stellen über die Praktizierung des gesamten Aufgabenbereichs gab die Arbeitsgemeinschaft zu Anfang des Jahres (15. Januar 1954) ein Exposé „über die Dienstbesprechungen bei den Tuberkulose-Fürsorgestellen in der Zeit vom Mai bis September 1953“ heraus. Die Durchsicht dieser Niederschrift beweist eindeutig ein Zweifaches:

1. Das in kleinerem Arbeitskreis und aus der Praxis Erarbeitete gibt wertvollste Hinweise für die Aufstellung allgemeingültiger Richtlinien.
2. Das Ergebnis spricht eindeutig für die Notwendigkeit der Beibehaltung der bisherigen Regelung und damit für die Beibehaltung der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Im Nachfolgenden wird auszugsweise eine Übersicht über die erarbeiteten Themen gegeben:

1. Pflege der Zusammenarbeit.
2. Richtlinien für die Tuberkulose-Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz.
3. Die Tuberkulose-Heilbehandlung in der Rentenversicherung.
4. Praktische Erfahrungen für die günstigste Gestaltung der Hin- und Rückreise bei der Durchführung von Heilverfahren bei Erwachsenen und Kindern.
5. Die Bestimmungen über die Barleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, der Invaliden- und Angestelltenversicherung sowie die Barleistungen für ausschließlich krankenkassenversicherte Tuberkulose-Kranke.
6. Probleme der stationären Absonderung und Pflege.
7. Schwierigkeiten bei der Praktizierung der Verordnung über die Tuberkulosehilfe vom 8. September 1942.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, ein wie großes Gewicht der Tatsache zukommt, daß die in stationärer Heilbehandlung untergebrachten Kranken der Sorge um die wirtschaftliche Hilfe ihrer Familienangehörigen weitgehend enthoben werden. In einer Regelung vom 3. September 1954 hatte das Sozialministerium Rheinland-Pfalz außerordentliche Beihilfen für Konfirmanden und Kommunikanten geschaffen. Auch im sozialen Wohnungsbau wurde durch einen Erlaß des Finanzministeriums vom 13. November 1953 im folgenden Geschäftsjahr (1954) Möglichkeiten zur zusätzlichen Wohnraumbeschaffung für Tuberkulosekranke geschaffen und Darlehen an die Stadt- und Landkreise für Aus- und Umbauten (Anbauten) zur Verfügung gestellt. Für die Kranken selbst wurde durch Erhöhung des Taschengeldes durch den Rentenversicherungsträger von 0,50 DM auf 1,— DM bessere Möglichkeit zur Beschaffung von Notwendigkeiten des persönlichen Bedarfes gegeben.

Die durch die selbständige Wiedereinrichtung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte heraufkommenden Schwierigkeiten wurden durch eine Anweisung offenbar, nach der mit Wirkung vom 1. Oktober 1954 ab

1. Heilverfahren wegen Tuberkulose und wegen Erkrankungen allgemeiner Art (Leiden nicht tuberkulöser Natur),
 2. Zuschüsse zum Zahnersatz,
 3. Zuschüsse zu größeren Heil- und Hilfsmitteln,
 4. Zuschüsse im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge
- von der Angestelltenversicherung wieder selbst durchgeführt und gewährleistet wurden. Das bedeutete praktisch, daß alle bislang im Rahmen einer Betreuungsaktion für Tuberkulosekranke und deren Familienangehörigen von der Arbeitsgemeinschaft bearbeiteten Anträge jetzt ohne diese direkt von Berlin aus durchgeführt werden mußten. Damit hörten auch am 31. De-

zember 1954 alle Begutachtungen für nicht tuberkulöse Heilverfahren durch den vertrauensärztlichen Dienst der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, Abteilung Krankenversicherung, auf.

Die Bearbeitung und Durchführung von Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen jeglicher Art (stationäre und ambulante Heilbehandlung, wirtschaftliche Betreuung jeder Art) wurden allerdings vorerst bis auf weiteres der Tuberkulose-Arbeitsgemeinschaft (Arge) belassen.

Auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung einschließlich der Schutzimpfung erreichte die Arbeitsgemeinschaft einen wesentlichen Fortschritt durch eine im Einverständnis mit dem Landeswohlfahrts- und Jugendamt getroffene Vereinbarung über die Kostenübernahme für die Unterbringung von Kindern: Das Landeswohlfahrts- und Jugendamt erklärte sich bereit, bis zu einer gesetzlichen Regelung die Kosten der prophylaktischen Unterbringung von Kindern einschließlich einer BCG-Schutzimpfung bei gegebener Notwendigkeit aus ihren Haushaltsmitteln zu übernehmen und gab damit einen vorbildlichen Beitrag auf dem Gebiet der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge.

Die Landesversicherungsanstalt regelte im Berichtsjahr die Zahlung von Schongeld nach Abschluß des Heilverfahrens durch Bewilligung eines Mehrzuschlages für Familienangehörige, indem sie den Hausgeldanspruch nach Rückkehr des Kranken auf den Kranken selbst ausdehnte. Wurde also zum Beispiel bei Heilverfahren Hausgeld für drei Angehörige bezahlt, so erhöhte sich dieses nach Entlassung des Patienten aus stationärer Heilbehandlung auf vier Angehörige.

Im Kalenderjahr 1954 liefen insgesamt 18 821 Anträge auf Einzelmaßnahmen gegenüber 17 323 im Jahre 1953 ein.

Der Gesamtaufwand betrug rund 21 298 000 DM.

Davon entfielen auf

die Rentenversicherung	53,9 %
die Angestelltenversicherung	15,3 %
die Krankenversicherung	2,1 %
den Bund	11,1 %
das Land	10,2 %
und die Versorgung	7,4 %

Die durch die Absplitterung der Kostenträger und die dadurch bedingte uneinheitlich gewordene Aufgliederung gestatten keinen bindenden Vergleich mit den Vorberichts Jahren mehr. Vergleichsmöglichkeiten ergeben sich aber aus den tabellarischen Aufstellungen und Übersichten am Schluß dieser Ausführungen. Im großen und ganzen hat sich aber an der prozentualen Beteiligung der einzelnen Versicherungsträger gegenüber dem Vorjahre nichts Wesentliches geändert.

Der von der Arbeitsgemeinschaft erfaßte Krankenstand zeigt am 1. Januar 1954 eine Gesamtzahl von 11 195 betreuten aktiven behandlungsbedürftigen

Tuberkulosen, die sich bis Ende des Jahres nur unwesentlich auf 11 495 erhöht.

Die Unterteilung zeigt:

	1. Januar 1954	31. Dez. 1954
extrapulmonale Tuberkulosen:	9887	10 152
Lupus:	940	1013
aktive Tuberkulosen:	368	330
insgesamt:	11 195	11 495

Im Berichtsjahr wurden 10 230 stationäre Heilbehandlungen durchgeführt, die sich auf 5355 Männer, 3127 Frauen und 1748 Kinder verteilen.

Während dabei alle dringenden Krankheitsfälle notfalls innerhalb weniger Tage einer Heilbehandlung, beziehungsweise einer Absonderung zugeführt werden konnten, betrug für die Normalfälle die durchschnittliche Wartezeit 26,2 Tage bei Lungenkranken und 32,1 Tage bei extrapulmonaler Tuberkulose.

Interessant ist die unterschiedliche durchschnittliche Verweildauer bei Erwachsenen (Männer 146,4 Tage, Frauen 142,8 Tage) und Kindern (163,5 Tage). Sie deckt sich im übrigen aber mit den entsprechenden Vergleichszahlen im allgemeinen Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt und ergibt sich aus den Bemühungen, gerade bei der kindlichen Tuberkulose nicht nur alle Heilchancen auszunutzen, sondern auch die Abwehrlage durch umfassende Heilmaßnahmen so auszugleichen, daß Rückfälle und damit Wiederholungsheilverfahren tunlichst vermieden werden.

Auf dem ärztlichen Sektor stand insbesondere die Frage der Unterbringung von Asylierungsfällen und die Isolierung uneinsichtiger Kranker im Vordergrund der Bestrebungen. Die Maßnahmen ergaben sich aus dem Grad der Gefährdung der Umgebung, der Einstellung der Kranken, der sozialen Lage und den Wohnungsverhältnissen. Dabei geben die Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (später in Verbindung mit § 17, Abs. 2 des Gesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen vom 29. Juli 1956) und § 61 der dritten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens die notwendige Handhabung. Schwierig lagen und liegen die Dinge in praxi durch die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Forderungen, die sich aus dem im Grundgesetz verankerten Recht auf die Freiheit der Persönlichkeit ergeben.

Wenn die Arbeitsgemeinschaft im Jahre 1954 717 stationäre Absonderungen durchführen mußte, im gleichen Jahr 495 stationäre Heilbehandlungen eigenmächtig abgebrochen wurden und 148 disziplinarische Entlassungen durchgeführt werden mußten, so beweist das zur Genüge, daß bei gegebener

Notwendigkeit auch die Zwangsassylierungen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln durchgedrückt werden müßten. Die Tuberkulose-Fürsorgestellen und die behandelnde Ärzteschaft reagierte auf die von der Arbeitsgemeinschaft vorgeschlagenen Maßnahmen so positiv, daß wegen der unerwarteten Häufung der Anträge auf Zwangsassylierung zu Ende des Berichtsjahres alle zur Verfügung stehenden Betten belegt waren. Die Planung einer in Verbindung mit der Nervenlinik Landeck (Kingenmünster/Pfalz) außerhalb des Klinikgeländes zu errichtenden Tuberkulosestation konnte durch erfreulich rasche Lösung der Kostenfrage in Angriff genommen werden.

Auch in diesem Berichtsjahr wurde der Wiedereingliederung von Tuberkulosekranken in den Arbeitsprozeß besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Wie bereits früher erwähnt, hatte sich in der Praxis gezeigt, daß beim Versuch der Wiedereinstellung arbeitsfähig gewordener Tuberkulose-Kranker die einfache Meldung an die Arbeitsämter nur selten zum Erfolg führte, weil nicht nur von Seiten der Arbeitgeber, sondern auch von Seiten der Arbeitskameraden eine Aversion gegen die Einstellung „Tuberkulöser“ beziehungsweise die Zusammenarbeit mit ihnen besteht. Die besten Erfolge ergaben sich, wenn in persönlichen Bemühungen die Tuberkulose-Fürsorgestellen, die caritativen Verbände, die Gewerkschaften, das Arbeitsamt usw. sowie nicht zuletzt auch die Arbeitssuchenden selbst sich um einen Arbeitsplatz bemühten. Als sehr wertvoll ergab sich dabei, wenn die Tuberkulose-Fürsorgestelle mit Einwilligung des Betreuten dem Arbeitgeber (und Betriebsratvorsitzenden) einen objektiven Bericht über den Gesundheitszustand und den Grad der Leistungsfähigkeit gaben und sich zu einer intensivierten gesundheitlichen Überwachung verpflichteten.

Die Einsatzmöglichkeiten wachsen mit der Größe des Betriebes und dem Ausmaß fürsorglicher Betreuung (Werksarzt, Betriebsfürsorgerin). Bei kleinen, wirtschaftlich nicht bestens fundierten Betrieben wird die Einstellung auch dadurch ermöglicht, daß in Zusammenarbeit mit dem Träger der Rentenversicherung die Arbeitswiederaufnahme zunächst im Sinne einer Arbeitstherapie erfolgt, die Kranken also für eine Übergangszeit ihre Rente weiterbezogen und der Arbeitgeber damit seinen Anteil an den Beträgen für die gesetzliche Versicherung einspart. Solche Dinge können aber immer nur das Ergebnis persönlicher und einheitlich ausgerichteter Bemühungen sein; zugleich ein Beweis für den Wert einer umfassenden Betreuungsstelle, wie sie die Arbeitsgemeinschaft ist.

Zum Jahresschluß gibt in einem zusammenfassenden Rundschreiben an alle Tuberkulose-Fürsorgestellen, Beobachtungs- und Behandlungsstationen, Heilstätten und behandelnden Fachärzte die ärztliche Leitung der Arbeitsgemeinschaft noch einmal einen Hinweis auf wichtige Daten und orientiert insbesondere über den Stand der Resistenzbestimmung, über die bei der Arbeitsgemeinschaft bestehenden Möglichkeiten zur Diagnostik, beziehungsweise Behandlung der Nieren- und Halsdrüsentuberkulose, über Richtlinien für die

XI.

Geschäftsjahr 1955

Ohne Zweifel haben vom Beginn der Bestrebungen zur gemeinsamen Arbeit, zu lückenloser Erfassung und zu einheitlicher Betreuung aller Tuberkulose-Kranken und ihrer Familien die in der Arbeitsgemeinschaft zusammengefaßten Interessenträger sich bemüht, das Erreichte zu behalten und die Erfolge zu untermauern. Der Effekt solcher Bemühungen waren die Bestrebungen, der Arbeitsgemeinschaft nach Möglichkeit auch die Aufgaben zur Durchführung zu belassen, die nach Neuregelung und Gesetz in eigene Verwaltung und Entscheidung genommen werden mußten. So hatte auch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte noch weit bis in das Jahr 1955 hinein die Durchführung von Heilverfahren für ihre an Tuberkulose erkrankten Versicherten bei der Arbeitsgemeinschaft belassen. Es ist müßig, zu untersuchen, ob die sich aus dem Status der Selbstverwaltung ergebenden Eigenständigkeiten den Beginn eines Auflösungsprozesses erzwangen: gegen Ende des Jahres 1955 (ab 15. Dezember 1955) übernahm die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Durchführung von Heilverfahren in eigene Regie und riß damit praktisch die Gemeinsamkeit im Kampf gegen die Tuberkulose auf. Das war ein Einbruch in die so erfolgreich begonnene und zielstrebig verfolgte gemeinsame Abwehrfront. Daran änderte auch nichts die Tatsache, daß in dringenden Fällen eine Schnelleinweisung über die Arbeitsgemeinschaft erfolgen konnte; und auch nicht die Tatsache, daß die statistischen Zahlen ausweisen, daß im Gesamtbild der Heilstättenbehandlungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nur ein relativ kleiner Anteil zukam.

Theoretisch blieb die Betreuung der Mitglieder der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte an Ausmaß und Intensität die gleiche. Praktisch ergab der Umweg über die Berliner Zentrale Verzögerungen in der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Betreuung, die von vielen schon deshalb schmerzlich empfunden wurde, weil nicht mehr eine Stelle, die Arbeitsgemeinschaft, alle Maßnahmen einheitlich und ohne Rückfragennotwendigkeit für den einzelnen durchführte, sondern auch weil viele Versicherte glaubten, ihrer Mentalität und den individuellen Gegebenheiten sei bei der heimatlichen Betreuungsstelle mehr Verständnis entgegengebracht worden, als auch bei gutem Willen „von Berlin aus“ getan werden könnte. Bis dahin hatte die Arbeitsgemeinschaft für sie alle Dinge erledigt: Der Weg zur Krankenkasse, zum Bezirksfürsorgeamt, zur Tuberkulose-Fürsorgestelle usw., alles war vorbereitet und geordnet. Jetzt gingen alle Anfragen über Berlin. Am schmerzlichsten empfand das die behandelnde Ärzteschaft, die in solcher Ab-

splitterung ein wesentliches Erschwernis in der Durchführung auch und insbesondere ihrer psychotherapeutischen Bemühungen sah.

Erfreulich positiv und produktiv in ihrer Zusammenarbeit in der Arbeitsgemeinschaft blieben die Invalidenversicherung (Rentenversicherung der Arbeiter) und das Land, die nach Fallzahlen und Aufwendungen von jeher den Großteil ausmachten.

Die Arbeitsgemeinschaft orientierte im Berichtsjahr ihre Mitglieder über Neuregelungen, die sich aus der Außerkraftsetzung des Erlasses des Bundesministers des Innern und der Finanzen vom 17. März 1950 für die Festlegung der Kriegsfolgehilfe-Eigenschaft ergaben und erreichte über das Landesausgleichsamt Rheinland-Pfalz, daß das dem Tuberkulose-Kranken bei stationärer Heilbehandlung gewährte Taschengeld nicht auf die Unterhaltshilfe anzurechnen ist.

Mit dem Leipziger Verein Barmenia wurde eine Vereinbarung getroffen, in der unter anderem für dessen Mitglieder die Übernahme in die Fürsorge der Arbeitsgemeinschaft vorgesehen ist, auch wenn die im § 3 der Tbc-Verordnung vom 8. September 1942 angegebene Einkommensgrenze überschritten wird. Das bedeutete praktisch, daß alle Fälle ambulanter und stationärer Heilbehandlung ihrer Mitglieder und deren mitversicherten Angehörigen zum Betreuungskreis zählen ohne Rücksicht darauf, ob sie unter § 3 oder § 4 der Tbc-Verordnung vom 8. September 1942 fallen.

Bei der Arbeitsgemeinschaft liefen im Kalenderjahr 1955 insgesamt 17 875 Anträge auf Einzelmaßnahmen gegenüber 18 821 Anträgen im Jahre 1954 ein.

Der Gesamtaufwand betrug rund 23 602 000 DM (1954 waren es rund 21 298 000 DM).

Davon entfielen auf:

die Rentenversicherung der Arbeiter	56,1 %
die über Rechnung der Arbeitsgemeinschaft laufenden Maßnahmen	
der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	16,1 %
die Krankenversicherung	1,9 %
das Land	12,0 %
den Bund	8,5 %
die Versorgung	5,1 %
sonstige Kostenträger	0,3 %

Der von der Arbeitsgemeinschaft erfaßte Krankenstand zeigt am 1. Januar 1955 eine Gesamtzahl von 11 858 betreuten behandlungsbedürftigen Tuberkulosen, die sich weder insgesamt (11 495) noch nach der Unterteilung auf die einzelnen Krankheitsformen gegenüber dem Vorjahr wesentlich unterscheiden.

An stationären Heilbehandlungen wurden 1955 11 784 durchgeführt und zwar 5894 für Männer, 3853 für Frauen und 2073 für Kinder, das sind

1500 mehr als im Vorjahre, die sich auf die drei Gruppen fast gleichmäßig verteilen. Die Behandlungsdauer unterscheidet sich mit 146,5 Tagen für Männer, 151,3 Tagen für Frauen und 163,3 für Kinder nur unbedeutend gegenüber dem Vorjahr.

Die Wartezeiten konnten deutlich auf (im Durchschnitt) 20 Tage bei Lungentuberkulose und 27 Tage bei extrapulmonaler Tuberkulose verkürzt werden.

Aus der Arbeit des ärztlichen Sektors interessiert ein Überblick über den Stand der Tuberkulose-Neuerkrankungen mit einem Anstieg der offenen als auch der geschlossenen Fälle zu Anfang des Berichtsjahres. Auffällig, aber nicht einwandfrei geklärt war die über den Ersterkrankungen liegende Zahl der Rückfälle bei offen Tuberkulösen.

Bereits 1955 begann auch im Lande Rheinland-Pfalz der Streit der Meinungen über die Zweckdienlichkeit, Erfolgsgröße und etwaige Schadensquote bei Schirmbilddurchleuchtungen. Der ärztliche Fachausschuß vertrat den Standpunkt, daß insbesondere eine Durchkämmung der Betriebe und eine Kontrolle der ländlichen Bevölkerung (Eifel, Hunsrück, Westerwald) im wesentlichen Maß zur Auffindung verborgener Infektionsquellen beitragen könnte. Deshalb wurden die Schirmbilddurchleuchtungen nicht nur von Seiten der Arbeitsgemeinschaft, sondern auch durch die Abteilung Gesundheitswesens des Innenministeriums unterstützt und intensiviert. Dabei begann man, allen größeren Tuberkulose-Fürsorgestellen Schirmbildgeräte zur Verfügung zu stellen.

Wie im gesamten Bundesgebiet, so zeigt auch für den Tätigkeitsbereich der Arbeitsgemeinschaft in Rheinland-Pfalz der ärztliche Bericht ein weiteres Absinken der Tuberkulose-Sterblichkeit, während der Bestand an ansteckenden Tuberkulösen leicht zunimmt: Eine Tatsache, aus der auch nach den Heilstättenberichten gefolgert werden kann, daß insbesondere die durch die sogenannte „spezifische“ Behandlung mit Antibioticis und Chemotherapeuticis festgestellten anfänglichen guten Heilerfolge in einer Reihe von Fällen nicht anhielten und praktisch „geschlossene Tuberkulosen“ in nicht geringer Zahl meist schon nach sechs Monaten nach der Heilstättenbehandlung positive Auswurfbefunde zeigten. Solch noch anfänglich optimistisch und positiv beurteilten Erfolgsreihen machten im Durchschnitt bereits nach Ablauf eines Jahres eine Wiederholungskur erforderlich.

Eine Anweisung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, ab Mitte Dezember 1955 auch die ambulante Pneumothorax- und Lupusbehandlung in eigener Regie zu übernehmen, läßt eine kritische Wertung der durch die Arbeitsgemeinschaft eingeführten und mit der Abrechnung gekoppelten Erstattung von Befundberichten bei ambulanter Gasbrustbehandlung interessant erscheinen. Schon bevor die große Lungenchirurgie einen wesentlichen Teil der früher in Gasbrust und Kaustikbehandlung genommenen Fälle be-

anspruchte, gingen durch die zielstrebige Überwachung aller ambulanten Pneumothoraxfälle durch die Arbeitsgemeinschaft die Behandlungszahlen um ca. 25 % zurück. Diese Tatsache bedeutet für den das Krankengut nicht eindeutig übersehenden Außenstehenden eine vielleicht herbe Kritik an der Indikationsstellung durch die behandelnde Ärzteschaft. In Wirklichkeit aber war die Abnahme der in Gasbrustbehandlung stehenden Kranken der kritischen Beurteilung einer Behandlungsmethode durch eine Arbeitsgemeinschaft zuzuschreiben, der, wie kaum anderswo, ein unwahrscheinlich großes Krankengut einer sachlichen gemeinsamen kritischen Wertung unterlag.

Für die Lupusbehandlung und Betreuung spielte die Übernahme des Versichertenkreises der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in eigene Regie praktisch keine wesentliche Veränderung: zu den bei den Gesundheitsämtern im Turnus abgehaltenen Beratungsstunden kamen erfreulicherweise nach wie vor nicht nur die Betreuten der in der Arbeitsgemeinschaft verbliebenen Versicherungskreise, sondern auch die Mitglieder der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und außerhalb der Sozialversicherungsträger stehende Kranke.

XII.

Geschäftsjahr 1956

Im Jahre 1956 erfolgte ein weiterer Abbruch vom verbliebenen Verband der an der Arbeitsgemeinschaft Beteiligten: Ab 1. Mai 1956 führte das Landesversorgungsamt Rheinland-Pfalz für seine an Tuberkulose als Schädigungsfolge im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes Erkrankten die stationäre Heilbehandlung unmittelbar durch. In praxi ergaben sich durch diese Neuordnung auch für die Beteiligten keine wesentlichen Schwierigkeiten und Nachteile, da die Zusammenarbeit zwischen den Parteien erfreulich positiv blieb und von beiden Seiten alle erbetenen und vorgeschlagenen Beratungen und Unterstützungen ausgewertet wurden.

Im Verlaufe des Berichtsjahres ergab sich immer eindeutiger, daß eine Reihe von Kranken die vorgeschlagenen Heilmaßnahmen ausschlug oder nur unter einem gewissen Zwang durchführte, weil die Angehörigen wirtschaftlich nicht ausreichend versorgt erschienen. Dem Rechnung tragend, erhöhte die Landesversicherungsanstalt für ihren Betreutenkreis mit Wirkung vom 1. August 1956 das Hausgeld für die Versicherten während der stationären Behandlung um einen wesentlichen Teil und zwar, je nach der Angehörigenzahl, von 45 % bis 70 % auf 55 % bis 90 % des Bruttoarbeitsverdienstes vor der Erkrankung. Parallel dazu sorgte eine Intensivierung der Kranken- und Familienbetreuung dafür, daß auch auf den übrigen Sektoren der wirtschaftlichen Betreuung den Kranken selbst wie den Familienangehörigen ein vertretbares Höchstmaß an allem zukam, was nach Gesetz und Möglichkeit zugestanden werden konnte. Die Bewilligung an zusätzlicher Bereitstellung

von Kleidung und Ausrüstung, an wirtschaftlichen und ideellen fürsorgeri-
schen Maßnahmen für Familienangehörige, an Stabilisierungs- und Heil-
maßnahmen für gefährdete und angeschlagene Familienmitglieder, an Für-
sorgemaßnahmen und Vorarbeit für die Wiedereingliederung erfolgreich Be-
handelnder in den Wohn- und Arbeitskreis spiegelt sich nicht nur in den
Ausgabetats wider, sondern ergibt sich in viel größerem Maße aus der
zumeist statistisch nicht nachweisbaren Erfolgsarbeit der „Gesamtbelegschaft“
der Arbeitsgemeinschaft, die neben den eigentlichen Bediensteten der Tuber-
kulose-Fürsorgestellen auch die Vielzahl der namenlosen Helfer einschließt,
die in den Verbänden der öffentlichen Wohlfahrtspflege etc. in gemeinsamer
Arbeit am Werk waren.

Das Berichtsjahr zeigte trotz der eigenen Übernahme von Maßnahmen durch
die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte einen nur unwesentlichen
Rückgang auf 17 753 Anträge auf Einzelmaßnahmen (120 Anträge weniger)
mit einem Gesamtaufwand von rund 22 512 000 DM, der sich wie folgt
verteilt:

Invalidenversicherung:	55,6 %
Angestelltenversicherung (verbliebene Aufträge):	6,2 %
Krankenversicherung:	1,3 %
Land:	31,0 %
Versorgung:	4,2 %
Bund:	1,2 %
Sonstige Kostenträger:	0,5 %

Ein Vergleich zu den Vorjahren ergibt eine wesentliche Kostenersparnis für
den Bund von rund $1\frac{3}{4}$ Millionen Mark gegenüber dem Vorjahr. Die Ent-
lastung ist Ausdruck der Überleitung aller Kategorien der Kriegsfolgenhilfe
— bis auf die Sowjetzonen- und Ungarnflüchtlinge — in die Zuständigkeit
des Landes gegen entsprechende prozentuale Abfindung.

Der von der Arbeitsgemeinschaft erfaßte Krankenstand zeigt am 1. Januar
1956 gegenüber den Vorjahren nur eine unwesentliche Erhöhung auf 11 858
betreute behandlungsbedürftige aktive Tuberkulose, die sich im Laufe des
Berichtsjahres durch Abwanderung an andere Betreuungsstellen auf 9482 Per-
sonen verminderte. Die Aufteilung ergibt mit Stand vom:

	1. Januar 1956	31. Dez. 1956
aktive Lungentuberkulose:	10 299	7 982
extrapulmonale Tuberkulose:	1 217	1 252
Lupus:	342	248
insgesamt:	11 858	9 482

Die Wartezeiten bei Anträgen auf stationäre Heilbehandlung waren gegen-
über den Vorjahren nur unwesentlich erhöht, während sich die Behandlungs-
dauer bei den Männern im Durchschnitt um 6 (auf 152,6), bei Kindern im

Durchschnitt um 26 (auf 189,4) Tage erhöhte, wogegen sie bei den Frauen mit 151 Tagen gleichblieb. Auch in diesem Berichtsjahr zeigte die Erhöhung der durchschnittlichen Behandlungsdauer bei Kindern die Bestrebungen, zu umfassender Ausheilung ohne Rücksicht auf die Kostenfrage zu kommen.

Bei der Durchsicht der Leistungen auf dem Gebiet der wirtschaftlichen Fürsorge wird im Jahre 1956 eindeutig, wie wenig vorteilhaft die Übernahme der stationären Behandlung für die Angestellten durch die Bundesversicherungsanstalt war. Da die Arbeitsgemeinschaft nicht mehr die notwendigen Unterlagen für die tuberkulosekranken Angestelltenversicherten hatte und alle wirtschaftlichen Fürsorgemaßnahmen den Umweg über Berlin machen mußten, traten unliebsame Verzögerungen auf, die nicht nur die Durchführung von Heilmaßnahmen, sondern auch den therapeutischen Effekt selbst beeinflussten.

Auf dem ärztlichen Sektor wurde im Berichtsjahr der Frage der Betreuung schwangerer Tuberkulöser und im Zusammenhang damit dem Gesamtkomplex Tuberkulose und Schwangerschaft besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Anlaß dazu gab unter anderem die Gründung des „Arbeitsausschusses Schwangerschaft und Tuberkulose“ durch das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, dem die Arbeitsgemeinschaft schon seit längerem Anregungen und Material zur Verwertung gegeben hatte.

Es ist verständlich, daß die Frage der Verschlimmerung einer bestehenden, beziehungsweise das Wiederaufflackern einer ruhenden Tuberkulose durch eine Schwangerschaft im Lichte moderner Tuberkulose-Behandlung ein neues Gesicht bekam. Schon früher (Goecke) war darauf hingewiesen worden, daß Durchleuchtungen weniger während der Schwangerschaft als meist erst nach dem Wochenbett erfolgten. Den ärztlichen Sachbearbeitern der Arbeitsgemeinschaft fiel auf, daß kaum einmal (bei schwerst kavernösen Fällen) Antrag auf künstliche Schwangerschaftsunterbrechung einlief, da auch bei manifester Erkrankung eine sinnvolle Heilstättenbehandlung Schwangerschaft und Wochenbett komplikationslos überstehen ließen; daß aber auch bei nicht sorgfältiger und sich über Monate erstreckender Überwachung post partum ein erschreckend hoher Prozentsatz an desolaten Rückfällen auftrat. Eine statistische Erfassung und Auswertung geht über den Rahmen dieser Arbeit hinaus. Aber schon die oberflächliche Sichtung des einschlägigen Krankengutes zeigt, daß bei sachgemäßer und alle modernen therapeutischen Möglichkeiten ausschöpfender Behandlung die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung kaum einmal bejaht werden braucht. Sicherlich dann nicht, wenn bei allen Erwägungen „der Tuberkulosebehandlung und nicht der Schwangerschaftsunterbrechung der Vorrang gehört“ (Martius). Auch die Frage der Notwendigkeit der Schwangerschaftsverhütung hat nicht mehr das alte Gewicht. Unerläßlich ist aber auch hier, dafür Sorge zu tragen, daß eine systematische engmaschige Gesundheitskontrolle über wenigstens sechs Monate nach der Geburt erfolgt.

Die Tatsache, daß nicht nur die von der Arbeitsgemeinschaft belegten Heilstätten und die Tuberkulose-Fürsorgestellen auf im Effekt sehr unterschiedliche Erfahrungen bei der spezifischen Behandlung (Chemo- und Antibiotica-Therapie) der Tuberkulose hinwiesen, sondern auch die statistisch erfaßbaren Rückfallzahlen bedeutsam erschienen, veranlaßte die Arbeitsgemeinschaft, auch diesem Zweig der Therapie ihre besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Möglichkeiten und Grenzen tuberkulostatischer und chemotherapeutischer Behandlung sind auch heute noch nicht fest umrissen. Das Erkrankungs-gut ist aber bis zum Berichtsjahr allein in Rheinland-Pfalz so groß geworden, daß daraus verbindliche Richtlinien gegeben werden konnten. Dabei ergab sich, daß die von der Arbeitsgemeinschaft belegten Heilstätten durchweg die gleichen Erfahrungen gesammelt hatten und nach im Prinzip übereinstimmenden Heilplänen arbeiteten:

Unter Berücksichtigung von Art und Ausmaß des Prozesses, der Reaktion des Organismus auf den Krankheitserreger (Toxizität) einerseits, das Medikament (Resistenz) andererseits und der Tatsache, daß die Tuberkulose letztlich eine Allgemeinerkrankung ist, hat sich die Kombinationstherapie (Dreifachkombination, Zweifachkombination) als die erfolgs- und aussichtsreichste erwiesen. Es ist interessant, festzustellen, daß bei der „speziellen Therapieplanung“ nach den Schlußberichten der verschiedenen Heilstätten fast stets die gleichen Faktoren Berücksichtigung fanden (Prüfung der qualitativen und quantitativen Wirkungsbreite, möglichst einfache Kombinationen unter Reservierung „schweren Geschützes“ als therapeutische Reserve, Berücksichtigung der Krankheitsform und -Phase). Die Dauer der Medikation ist sehr unterschiedlich und richtet sich offensichtlich nach Art, Ausmaß, Reaktionsbreite und Reaktionsvermögen. Verordnung bei manifester Erkrankung unter sechs Monaten sind ebenso selten wie solche über eineinhalb Jahre hinaus.

Die in den Nachkriegsjahren mit dem Aufkommen der Tuberkulostatika und Chemotherapeutika drohende Überschwemmung durch nicht gezielte und unqualifizierte Ordnungsweise hatte die Arbeitsgemeinschaft dadurch zu steuern gewußt, daß sie in enger Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärzteschaft einerseits und der chemischen Industrie andererseits bindende Richtlinien aufstellte und Maßnahmen durchführen konnte, die die Verordnung nur nach fachärztlicher Entscheidung und ambulant nur in bestimmten Ausnahmefällen wirksam werden ließ.

Vor gleichen Schwierigkeiten stand man 1956 bezüglich der INH-Prophylaxe (Isonicotinsäurehydracid), als die Presse von insbesondere aus den USA herübergekommenen Mitteilungen über die Verhütung der Tuberkulose durch die Verordnung von INH-Präparaten berichtete. Sehr zustatten kam dabei die Herausgabe von „Richtlinien für eine INH-Prophylaxe zur Verhütung

einer Generalisierung der Tuberkulose im Kindesalter“ durch das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die allen interessierten und beteiligten ärztlichen Stellen bekanntgegeben wurden.

Die Schirmbilduntersuchungen wurden auch im Berichtsjahr 1956 intensiviert und als erfreuliches Ergebnis festgestellt, daß neben einer Reihe von Betrieben insbesondere öffentliche Dienst- und Verwaltungsstellen des Landes fast lückenlos zu jährlichen Kontrollen über die Tuberkulose-Fürsorgestellen erfaßt werden konnten. Dabei wurde zusätzlich der Gesundheitskontrolle aller Lebensmittel- und verwandter Betriebe besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

In diesem Zusammenhang soll auch darauf hingewiesen werden, daß der Einstellung und Arbeitsweise der Arbeitsgemeinschaft für die im Lande Rheinland-Pfalz als beispielhaft gut anzusehende Zusammenarbeit zwischen behandelnder Ärzteschaft einerseits, Tuberkulose-Fürsorgestellen und Arbeitsgemeinschaft andererseits, ein wesentliches Gewicht zukommt.

Das Jahr 1956 brachte mit dem Ausbau der Heilstätte Sonnenwende als Behandlungsstätte für alle Formen der extrapulmonalen Tuberkulose die Möglichkeit zu einer Intensivierung der hier gegebenen modernen Behandlungsmethoden.

XIII.

Geschäftsjahr 1957

Das Jahr 1957 brachte im Zuge der Neuregelung der Rentengesetzgebung auch für den von der Arbeitsgemeinschaft betreuten Personenkreis wesentliche Besserstellungen: Rückwirkend vom 1. 1. 1957 (Bundesgesetzblatt vom 26. Februar 1957) wurde die Hausgeldzahlung eingestellt und durch die Zuerkennung eines Überbrückungsgeldes ersetzt. Zu der Übernahme der die Heilbehandlung umfassenden Maßnahmen kamen Bestimmungen, die die Notwendigkeiten und Möglichkeiten zur Wiedereingliederung erkrankt Gewesener in Arbeit, Beruf und Gemeinschaft gesetzlich regelten.

Von den Mitarbeitern in der Arbeitsgemeinschaft und nicht zuletzt von den von diesen Maßnahmen direkt betroffenen Kranken und deren Familien wurde dabei zunehmend als bedauerliche Entwicklung die Tatsache angesehen, daß die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und das Landesversicherungsamt die Durchführung von stationären Heilbehandlungen für ihren Betreutenkreis weiterhin in eigener Regie durchführten. Damit waren praktisch in der Arbeitsgemeinschaft nur noch die Kostenträger „Rentenversicherung der Arbeiter“ (Landesversicherungsanstalt) und „Land“ (Landesfürsorgeverband) vereinigt. Gewiß handelte es sich dabei um die beiden Kostenträger, die nach Maßnahmen und Aufwendungen von jeher den weit-

aus größten Anteil abgaben. Das eigentliche Ziel der Bestrebungen der Arbeitsgemeinschaft aber, lückenlos umfassende Bekämpfungsarbeit, Hilfe und Beratung zu leisten, wurde durchbrochen. Der Angestelltenversicherte mußte sich jetzt an zwei unabhängig voneinander arbeitende Kostenträger wenden: für die Heilbehandlungsmaßnahmen war die Bundesversicherungsanstalt und für die wirtschaftlichen Maßnahmen weiterhin die Arbeitsgemeinschaft (Sektor Land) zuständig.

Im Zuge der Durchführung des Gesetzes zur Neuregelung des Rechtes der Rentenversicherung der Arbeiter übertrug die Landesversicherungsanstalt auch die erweiterten Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft. Hier handelte es sich insbesondere um die Durchführung der „Wiedereingliederungsmaßnahmen“ mit dem Ziel der Wiedergewinnung oder Erhöhung der Leistungsbreite für den bisherigen Beruf, der Ausbildung für einen anderen — nach den gesetzlichen Bestimmungen zumutbaren — neuen Beruf oder der Mithilfe zur Sicherung des alten, beziehungsweise Beschaffung eines neuen Arbeitsplatzes.

Der Arbeitsgemeinschaft kamen hier Organisation und Erfahrung aus der „Berufsfürsorge nach der Verordnung über Tuberkulose-Hilfe“ sehr zu statuten. Die Umstellung auf die Grundsätze des neuen Versicherungsgesetzes bedingten eine Erweiterung der Abteilung „Berufsförderung“; diese aber erfolgte ohne Schwierigkeiten und reibungslos.

Die Absplitterung zweier Kostenträger (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversorgungsamt) gestattet im Geschäftsbericht für 1957 keinen direkten Vergleich mit den Zahlen der Vorjahre mehr. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte der Eindruck erweckt werden, als ob Krankenstand und Antragszahlen rückläufige Tendenz zeigten. So ist zum Beispiel für den 1. Januar 1954 ein Krankenstand von 11 195 ermittelt worden und für den 31. Dezember 1957 ein Krankenstand von 9114. Das würde also eine Minderung des Krankenstandes um 2081 bedeuten. Berücksichtigt man aber, daß die Angestelltenversicherten und Versorgungsberechtigten nicht mehr in so starkem Maße bei der Arbeitsgemeinschaft in Erscheinung treten, dann kommt man zwangsläufig zu der Feststellung, daß der bei oberflächlicher Betrachtung des Tätigkeitsberichts gewonnene Eindruck falsch ist.

Zum Krankenstand können Vergleichszahlen nicht herangezogen werden, weil ja sehr oft für den gleichen Kranken zwei verschiedene Kostenträger tätig werden. Es kann aber vergleichsweise die Beteiligung der Kostenträger an den Maßnahmen und Aufwendungen herangezogen werden und diese Verhältniszahlen auf den Krankenstand bezogen, bewiesen ein Ansteigen auch dieser Zahlen.

So wurden zum Beispiel im Jahre 1954 10 350 stationäre Heilbehandlungen bewilligt. Davon entfielen auf die Angestelltenversicherten und die Versorgungsberechtigten 3016 stationäre Behandlungen. Auf die restlichen Kostenträger innerhalb der Arbeitsgemeinschaft entfielen demnach noch 7334

stationäre Heilbehandlungen. Während also insgesamt 1954 10 350 stationäre Heilbehandlungen bewilligt wurden, waren es 1957 *nur* noch 8134, das sind 2216 weniger als 1954. Von den 1957 bewilligten 8134 stationären Heilbehandlungen entfielen als Restaufgabe der Arbeitsgemeinschaft auf Angestelltenversicherung und Versorgung aber nur noch 115 Bewilligungen. Demnach bewilligten die restlichen Kostenträger der Arbeitsgemeinschaft (Landesversicherungsanstalt und Land) noch 8019 Heilverfahren. Den Bewilligungen 1957 von 8019 stehen hier für 1954 nur 7334 Heilverfahren gegenüber. Das bedeutet für 1957 eine echte Steigerung um 685 Bewilligungen oder 9,34 %.

Noch deutlicher zeigt sich die Entwicklung bei den Aufwendungen. Die Aufwendungen betrugen 1954 insgesamt 21 298 460,50 DM, davon entfielen auf Angestelltenversicherung und Versorgung 4 912 462,98 DM. Die Kostenträger der Invalidenversicherung und Land wandten mithin zusammen noch 16 385 997,52 DM auf. 1957 betrugen die Gesamtaufwendungen 22 168 143,42 DM, davon entfielen auf die Angestelltenversicherung und die Versorgung aber nur noch 1 003 393,52 DM. Die Kostenträger der Arbeiterrentenversicherung wurden also 1957 mit insgesamt 21 164 750,90 DM belastet. Die Kostenträger der Arbeiterrentenversicherung (Landesversicherungsanstalt) und das Land haben also 1957 4 778 753,38 DM mehr aufgewandt als im Jahre 1954. Die Steigerung beträgt also hier sogar 29,16 %. Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß die Steigerung zum Teil durch Erhöhung der Pflegesätze bedingt ist.

Alles in allem aber zeigen diese Beispiele eindeutig, daß weder die Antragszahlen noch die Aufwendungen zurückgegangen sind.

Das läßt aber keine Rückschlüsse auf den Stand der Tuberkulose-Erkrankungen überhaupt zu, da in der Arbeitsgemeinschaft ja nicht mehr alle Tuberkulose-Kranken des Landes erfaßt werden.

Die Wartezeiten bis zur Aufnahme in stationäre Behandlung gingen 1955 im Verhältnis zu 1954 zurück, stiegen 1956 wieder leicht an, während sie 1957 wieder unter dem Stand des Jahres 1955 lagen, womit der bisher niedrigste Stand erreicht wurde.

Die durchschnittlichen Kurdauern zeigen zunächst eine leichte Steigerung

von 1954 = 150,9 Tage
auf 1955 = 153,7 Tage
und auf 1956 = 164,4 Tage und gingen
1957 auf 156,9 Tage zurück.

Die Kurabbrüche und disziplinarischen Entlassungen gingen erfreulicherweise fortlaufend zurück, so

bei Männern von 1954 = 383 auf 130 im Jahre 1957,
bei Frauen von 1954 = 223 auf 45 im Jahre 1957,
bei Kindern von 1954 = 37 auf 5 im Jahre 1957.

Die Kurerfolge bei ordnungsgemäß durchgeführten Heilverfahren zeigen eine erfreuliche Entwicklung; allerdings sind auch die Zahlen der mit unverändertem Befund Entlassenen deutlich angestiegen. Sie betreffen praktisch diejenigen Kranken, deren Prognose vor der Ära antibiotischer, tuberkulostatischer und großchirurgischer Maßnahmen infaust war und die jetzt „leben bleiben“.

Bei den Zahlen bezüglich der Anträge auf Durchführung wirtschaftlicher Betreuung machen sich die Rentenbewilligungen und Rentenerhöhungen deutlich bemerkbar:

1957 war nur noch über halb soviel Anträge zu entscheiden wie 1954 (1954 = 3205, 1957 = 1678).

Darin, daß die Aufwendungen für die laufende wirtschaftliche Betreuung nicht entsprechend rückläufig sind, sondern im wesentlichen konstant bleiben, äußert sich die Erhöhung der Leistungen im Einzelfalle.

Auf dem sozialen Sektor wurden 1957 wesentliche Verbesserungen durch die Veröffentlichungen neuer Richtlinien erreicht. Dabei war die Angliederung an die Richtsätze der allgemeinen Fürsorge (als „Grundbetrag“) mit einer 30%igen Tuberkulose-Zulage deshalb besonders wertvoll, weil alle Steigerungen der allgemeinen Fürsorgesätze sich zwangsläufig auch auf die Tuberkulose-Hilfe auswirkten.

Der weitere Ausbau der Wohnungsfürsorge scheiterte praktisch an der Tatsache, daß die Lockerung der Bestimmungen des Wohnraumbewirtschaftungsgesetzes eine Vermittlung von Mietwohnungen für Tuberkulose-Kranke nahezu unmöglich machte.

Wirksamer konnte bei der Vermittlung von Darlehen zum Eigenheimbau geholfen werden, wenn 15 bis 20 % der Bausumme als Eigenleistung aufgebracht wurde.

Dabei kommt als seuchenbekämpferische Maßnahme der Wohnungshygiene im Kampf gegen die Tuberkulose eine um so entscheidendere Bedeutung zu, je mehr die Erfolge moderner Tuberkulose-Behandlung zumindest fakultative Ansteckungsquellen unter Umständen jahrelang bei einem Krankengut offen lassen, das früher rettungslos verloren war und in meßbarer Zahl ad exitum kam.

Die Berufsfürsorge wurde, wie bereits erwähnt, weiter ausgebaut und nach den gesetzlichen Bestimmungen über die Berufsförderungsmaßnahmen nach dem Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz ausgerichtet. Dabei hat sich die Tätigkeit einer unter Beteiligung der Kostenträger, der Landesarbeitsämter und der Ärzteschaft gebildeten Berufsförderungskommission als sehr wertvoll erwiesen. Um einen „Fall“ gerecht beurteilen, positiv beraten und erfolgreich vermitteln zu können, ist neben der Kenntnis des Gesundheitszustandes und der physischen und psychischen Leistungsbreite eine Reihe zusätzlicher Faktoren zu berücksichtigen. Wo innerbetrieblich oder über das

Gesundheitsamt (Tuberkulose-Fürsorge), über den vertrauensärztlichen Dienst oder über das Arbeitsamt eine notwendige Arbeitsfürsorge ohne zeitraubende „büromäßige Bearbeitung“ erledigt werden kann, geschieht das selbstverständlich. Die Durchsicht der Akten der Abteilung Berufsförderung der Arbeitsgemeinschaft zeigt aber, daß gerade die Vermittlung tuberkulös erkrankt gewesener Menschen sehr schwierig ist und erfolgreiche Arbeits- und Berufsfürsorge nur getätigt werden kann, wenn sie von einer Stelle erfolgt, der das notwendige Rüstzeug in die Hand gegeben ist. Das zu tun ist die Aufgabe der Berufsförderungskommission. Sie berät die Arbeitsgemeinschaft in den Fällen, in denen insbesondere Umschulungsmaßnahmen durchgeführt werden müssen. Jeder Einzelfall wird gemeinsam besprochen. Die Ärzte geben, eventuell nach vorgeschlagenem Belastungsheilverfahren in Form einer Beobachtung, ein Bild vom jeweiligen Leistungszustand und weisen auf die Dinge hin, die in hygienischer, körperlicher und psychischer Hinsicht berücksichtigt werden müssen. Die Vertreter der Arbeitseinsatzverwaltung skizzieren die regional gegebenen Möglichkeiten, die Arbeitsmarktlage, die Umschulungsmöglichkeiten und wissen in den meisten Fällen auch um die (positive oder negative) Einstellung des Probanden zu den Fürsorgemaßnahmen. Die Kostenträger (Landesversicherungsanstalt, Landeswohlfahrts- und Fürsorgeamt) berichten an Hand der aktenmäßigen Unterlagen (die noch durch Rückfragen bei regionalen Dienststellen ergänzt sind), über zusätzlich wichtige Daten und bisher vorgeschlagene, beziehungsweise durchgeführte Maßnahmen. Sodann wird nach gemeinsamer Beratung festgestellt, welche Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit notwendig, beziehungsweise möglich und erfolgversprechend sind. Die letzte Entscheidung über die zu ergreifenden Maßnahmen liegt bei dem Kostenträger. In allen Fällen, in denen eine zusätzliche Befragung des Probanden nützlich erscheint, wird dieser vorgeladen und steht den Mitgliedern der Berufsförderungskommission zur Aussprache zur Verfügung.

Aus der erst im Berichtsjahr 1957 angelaufenen Tätigkeit kann über den ideellen und praktischen Wert solcher Fürsorgemaßnahmen noch kein Urteil abgegeben werden.

Auf dem ärztlichen Sektor war die Arbeit vornehmlich darauf ausgerichtet, in Zusammenarbeit mit den Tuberkulose-Fürsorgestellen den notwendigen ärztlichen Beitrag für die sich aus dem Rentenregelungsgesetz ergebenden zusätzlichen Aufgaben zu leisten. Dabei stand die Mithilfe bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund der Bemühungen. Sehr zustatten kam dabei, daß auch die Arbeitseinsatzverwaltung und die Abteilung Krankenversicherung der Landesversicherungsanstalt (vertrauensärztlicher Dienst) ihren ärztlichen Dienst mit zur Verfügung stellten. Durch häufige Heilstättenbesuche wurden auch hier Anregungen gegeben und empfangen, Erfahrungen ausgetauscht und nach Möglichkeit bereits während des Heilverfahrens die Arbeitsfürsorge eingeleitet.

Immer wieder vereinzelt auftretende Fehlleitungen Tuberkulose-Erkrankter zu allgemeinen Heilverfahren (Heilverfahren nicht tuberkulöser Natur) gab Veranlassung, entsprechende Hinweise an die Gutachter zu geben und anzuregen, daß alle auf das Vorliegen tuberkulöser Erkrankungen Verdächtige den Tuberkulose-Fürsorgestellen zur zusätzlichen lungenfachärztlichen Untersuchung zuzuweisen sind. Dabei solle insbesondere allen Erscheinungsformen der katarrhalischen Grippe die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Alle verzögerten und atypischen Krankheitsverlauf zeigenden grippösen Erkrankungen und Bronchitiden, alle auf eine tuberkulöse Erkrankung verdächtigen Allgemeinsymptome (Husten, Auswurf, Nachtschweiß, Haemoptysen, Gewichtsabnahme usw.) gelten als verdächtig. Hierher zählen auch jene verschleppten, blande und relativ gutartig verlaufenden Krankheitsformen, die nicht selten unter dem Begriff der konstitutionell organischen Minderwertigkeit und der körperlichen und nervösen Erschöpfungszustände (vegetative und neuro-cirkulatorische Dystonie) laufen, in Wirklichkeit aber nicht selten nicht erkannte Tuberkulosen sind. Auch Krankheitsbilder aus dem Formenkreis der schmerzhaften Schulterversteifungen (Cervicalsyndrom) können versteckte Obergeschoßprozesse sein.

Der Tätigkeitsbericht für das Jahr 1957 schließt mit dem Ausdruck des Bedauerns darüber, daß durch den Austritt der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und des Landesversorgungsamtes die Einheit gesprengt und damit die anfangs geplante und erfolgreich begonnene und totalitäre Tuberkulose-Bekämpfung illusorisch geworden sei.

XIV.

Zusammenfassung und Vergleiche

Rheinland-Pfalz hatte als einziges Bundesland auf dem Gebiet der Tuberkulose-Bekämpfung eine Arbeitsgemeinschaft geschaffen, in der nicht nur nach dem Programm, sondern auch in praxi alle maßgeblich an der Tuberkulose-Bekämpfung direkt und indirekt interessierten und beteiligten Stellen zusammenarbeiteten. Das geschah unter vorbildlichem Verzicht auf berechnete und gesetzmäßig verankerte Möglichkeiten und Sonderwünsche der einzelnen Mitglieder, weil nur so der betreute Kranke, beziehungsweise sein Familienkreis die unkomplizierteste und zugleich umfassendste Versorgung erfahren konnte: Mit der zuständigen Tuberkulose-Fürsorgestelle des Gesundheitsamtes war die Arbeitsgemeinschaft die einzige und gleiche Stelle, bei der alle Maßnahmen zusammenliefen und von der alle ausgingen, gleichgültig, um welchen Kostenträger und um welche ärztliche oder wirtschaftliche Maßnahmen es sich handelte. Damit ergab sich für den Kranken nicht nur eine wesentliche Vereinfachung in der Antragstellung und Erledigung aller Notwendigkeiten: Die Arbeitsgemeinschaft übernahm zum Beispiel auch die

oftmals sehr unangenehm empfundenen „Bittgänge“ zum „Wohlfahrtsamt“ (wirtschaftliche Hilfe) und allen Schriftverkehr mit den Behörden, Dienst- und Arbeitsstellen. Auch in den Fällen, in denen ein Kostenträger zunächst nicht feststand, übernahm die Arbeitsgemeinschaft alle Kostengarantie und verhinderte so eine Verzögerung im Ablauf der notwendigen Maßnahmen.

Es ist verständlich, wenn die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nach Erlangung ihrer Selbständigkeit auch die Betreuung ihrer Tuberkulose-Kranken in eigene Regie übernehmen wollte. Die Wahrung ihrer Eigenständigkeit erfolgte in mancher Beziehung offensichtlich aber auf Kosten der Kranken und deren Familienangehörigen. Das gleiche gilt für den Betreutenkreis des Landesfürsorgeamtes, das seine Mitgliedschaft lockern und letztlich lösen mußte, weil gesetzliche Verordnungen und Bestimmungen die Übertragung von Maßnahmen an Dritte nicht gestatteten.

Mit dem Austritt dieser beiden Partner hat sich im Prinzip am Zielplan der Arbeitsgemeinschaft nichts geändert; im Effekt aber ist damit das Ziel, eine lückenlose und allumfassende Organisation zur Tuberkulose-Bekämpfung zu schaffen, nicht mehr zu verwirklichen. Damit kommt ihr auch nicht mehr die vorbildliche Bedeutung im Vergleich zu den Organisationen der übrigen Bundesländer zu. Einen vergleichbaren Überblick über die Aufgaben und Arbeitsgebiete der einzelnen Landesverbände zur Bekämpfung der Tuberkulose gab der Kongreßführer der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft, Baden-Baden 1956 (Stuttgart, Georg-Thieme-Verlag):

Aufgaben und Arbeitsgebiete der dem DZK als Mitglieder angeschlössenen Landesverbände zur Bekämpfung der Tuberkulose

Land Name des Verbandes	Organisations- form Eingetragener Verein oder nicht?	Mitglieder	Zweck des Verbandes	Spezielle Aufgabengebiete	Geldmittel
Baden- Württemberg Kein Verband (Die Aufgaben werden z. T. durch den Lan- desfürsorgever- band wahr- genommen).					
Bayern Kein Verband Ein Teilgebiet des Aufgaben- kreises wird wahrgenommen durch das Komitee zur Wohnraum- beschaffung für Tuberkulose- kranke in Bayern e. V. Gegründet 1953 Mitglied DZK seit 1953	Eingetragener Verein	Ordentliche Mitglie- der können sein: Alle natürlichen und juristischen Perso- nen, die sich die Bekämpfung der Tu- berkulose zur Auf- gabe gesetzt haben. Fördernde Mitglieder können sein: Alle natürlichen und juristischen Perso- nen, die bereit sind, den Verein zur Er- reichung seiner Ziele tatkräftig zu unter- stützen.	Zweck des Vereins ist es, alle Mög- lichkeiten aufzugreifen, um die Wohnungsnot der Tuberkulose- kranken in Bayern zu beheben. Die dazu notwendigen Mittel sol- len durch Sammlungen mittels Weihnachtssiegelmarken und durch Entgegennahme von Spenden auf- gebracht werden. Die Tätigkeit des Vereins erstreckt sich auf das Land Bayern. Der Verein pflegt engste Zusammenarbeit mit den staat- lichen Gesundheitsbehörden und dem DZK.	Wohnraum- beschaffung für Tuberkulose- kranke	Jährliche Sammlung mittels Weihnachts- siegelmarken, Spenden.
Berlin Berliner Gesell- schaft zur Bekämpfung der Tuberkulose e. V. Gegründet 1951 Mitglied DZK seit 1951	Eingetragener Verein	Mitglieder können sein: Land Berlin, Vereine, Körperschaften, Öffentl. Anstalten und sonstige Orga- nisationen. Einzelpersonen kön- nen außerordentliche Mitglieder sein (könn- en unter Umständen zu ordentlichen Mit- gliedern ernannt werden).	Zweck der Gesellschaft ist es, den Kampf gegen die Tuberkulose als eine Gemeinschaftsarbeit der ge- setzlichen Träger und Einrichtung- gen der Tuberkulosebekämpfung sowie der Bevölkering in Berlin zu führen und alle Stellen des öffentlichen Lebens an dem ge- meinsamen Vorgehen zu inter- essieren.		Mitglieder- beiträge, Veran- staltungen, Sammlungen, Sammlungen mittels Weihnachts- siegelmarken, Zu- wendungen.

Land Name des Verbandes	Organisations- form Eingetragener Verein oder nicht?	Mitglieder	Zweck des Verbandes	Spezielle Aufgabengebiete	Geldmittel
Bremen Bremischer Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose e. V. gegründet 1949 Mitglied DZK seit 1951	Eingetragener Verein	Mitglieder können sein: Einzelpersonen, Öffentlich-rechtliche Körperschaften, Gesellschaften, Vereine.	Zweck des Verbandes ist tatkräftige Mitarbeit bei der Bekämpfung der Tuberkulose, insbesondere durch Unterstützung der Behörden bei der Erfüllung der zur Bekämpfung der Tuberkulose erforderlichen Aufgaben: 1. Empfehlung und Beratung bei der Erfassung und Bekämpfung der Tuberkulose. 2. Unterstützung von prophylaktischen, therapeutischen und nachfürsorgischen Maßnahmen.	1. Hygienische Volksbelehrung, 2. Aus- und Fortbildung der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung und Ertelung von wissenschaftlichen Aufträgen an die Institutionen und Mitglieder des Verbandes, 3. Wohnraumbeschaffung für Tuberkulosekranke, 4. Psychologische Betreuung der Tbc-Kranken in Krankenhäusern.	Mitgliederbeiträge, freiwillige Spenden, Sammlungen, Weihnachts- siegelmarken.
Hamburg Hamburger Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose e. V. gegründet 1951 Mitglied DZK seit 1954	Eingetragener Verein	Mitglieder können sein: Land, Behörden, Vereine, Körperschaften, Öffentlich-rechtliche Anstalten, Sonstige Organisationen, Kaufm. und gewerbli. Unternehmungen, Einzelpersonen.	Zweck des Vereins ist es, den Kampf gegen die Tuberkulose als eine Gemeinschaftsarbeit aller an der Tuberkulosebekämpfung interessierten Stellen zu fördern.	Durchführung von Röntgenreihenuntersuchungen.	Mitgliederbeiträge, Veranstaltungen, Sammlungen, Tbc-Pfennig-Lotterie, Zuwendungen.
Hessen Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose in Hessen gegründet 1948 Mitglied DZK seit 1956	Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Träger und Einrichtungen der Tuberkulosebekämpfung, sowie der Behörden, Körperschaften und Verbände in Hessen, die an dem Tuberkulose-	Dem Verband können angehören: Land Hessen, LVA, Sonderanstalten (Hess. Knappschaft, Bundesbahn), Krankenkassenverbände, Landes- und Bezirksfürsorgeverbände, Hess Ärztekammern, Hess Arbeitsamt, Landesuniversitäten,	Zweck des Verbandes ist es, durch sinnvolle Zusammenfassung aller bereiten Kräfte durch überörtlichen Erfahrungsaustausch und durch planvoll aufeinander abgestimmte Maßnahmen aller Beteiligten, die Arbeit der Tuberkulosebekämpfung nachhaltig zu fördern. Hierzu gehören insbesondere: 1. Die Förderung wissenschaftlicher Bestrebungen zur Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose,	Der Landesverband kann auch Träger gemeinsamer u. sonstiger Einrichtungen der Tuberkulosebekämpfung sein. Zum Beispiel: 1. Einrichtung einer zentralen Einweisungsstelle, 2. Einrichtung der	Die Geldmittel werden anteilmäßig durch die beteiligten Kostenträger aufgebracht.

Name Land des Verbandes	Organisations- form Eingetragener Verein oder nicht?	Mitglieder	Zweck des Verbandes	Spezielle Aufgabengebiete	Geldmittel
	kulosekampf beteiligt sind. (K ein einge- tragener Ver- ein)	Heilstätten, Verbände der freien Wohnfahrtpflege, Einzelmitglieder.	2. Sachverständige Anregung all- gemeiner Maßnahmen des Tuber- kulosekampfes, 3. Seuchenhygienische Volksaufklä- rung, 4. Förderung von gemeinsamen vorbeugenden Maßnahmen in der Tuberkulosebekämpfung, bei 5. Sachverständige Beratung, bei der Planung, der Einrichtung und Verwendung von Heilstät- ten, Beobachtungsstationen und agl. zur Wahrung der übergeord- neten Gemeinschaftsinteressen, 6. Förderung der wirkungsvollsten Ausnutzung der vorhandenen Anstaltsbetten und sonstigen Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, 7. Verbesserungen, der nachgehen- den Fürsorge für Tuberkulose- kranke, namentlich auf dem Ge- biet der Arbeits- und Woh- nungsfürsorge. 8. Erschließung zusätzlicher Hilfs- quellen für die Bekämpfung der Tuberkulose.	Stelle eines Landestuber- kulosearztes, 3. Einrichtung einer Beobach- tungsstation als Schleuse und zur Über- wachung ambu- lanten Pneumo- thorax- und Chemo- therapie. 4. Unterstützung der Schirmbil- stelle. 5. Unterstützung und Förderung des Wohnungs- baues für Tuberkulose- kranke	
Niedersachsen Niedersächsischer Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose e. V. gegründet 1947 (Rechtsnachfolger des früheren Hannoverschen Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose) Mitglied DZK seit 1950	Eingetragener Verein	Mitglieder können sein: Behörden, Körperschaften und Vereine, zu deren Aufgabe die Bekämp- fung der Tuberkulose gehört. Einzelpersonen, die beruflich in der Tuberkulosebekämp- fung tätig sind oder sich in der Tuber- kulosebekämpfung ge- sonst verdient ge- macht haben.	Zweck des Vereins ist die tatkräf- tige Mitarbeit bei der Bekämpfung der Tuberkulose vor allem durch: 1. Fachärztliche Beratung von Be- hörden und Organisationen bei Durchführung ihrer Aufgaben auf dem Gebiet der Tuberkulose- bekämpfung, 2. Aufklärung, der Bevölkerung über die Tuberkulose in Wort und Bild. 3. Durchführung von Sammlungen (auch mittels Weihnachtsiegel- marken) für Zwecke der Tuber- kulosebekämpfung, 4. Förderung der Fortbildung von Ärzten und ärztlichem Hilfsper- sonal auf dem Gebiet der Tuber- kulosebekämpfung,	1. Durchführung der vom Land Niedersachsen gesetzlich an- geordneten Röntgenreihen- untersuchun- gen, 2. Förderung der Bekämpfung der Haut- tuberkulose, 3. Wohnraum- beschaffung.	Mitglieder- beiträge, Sammlungen, Spenden, Zu- wendungen.

Name Land des Verbandes	Organisations- form Eingetragener Verein oder nicht?	Mitglieder	Zweck des Verbandes	Spezielle Aufgabengebiete	Geldmittel
			5. Beratung der Niedersächsischen Kreisvereine, 6. Im Rahmen vorhandener Mittel auch Durchführung weiterer Aufgaben und Maßnahmen der Tuberkulosebekämpfung.		
Nordrhein-Westfalen A. Rheinischer Tuberkulose- Ausschuß e. V. gegründet 1947 Mitglied DZK seit 1950	Eingetragener Verein	Mitglieder können sein: Behörden, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Vertreter von Ärzten, Organisationen, Vertreter der freien Wohlfahrtsorganisationen, Vertreter der Universitäten. Einzelpersonen können nur Mitglieder werden, wenn sie vom Vorstand hierzu berufen werden.	Zweck des Ausschusses ist die Vereinigung aller an der Tuberkulosebekämpfung interessierten Behörden, Körperschaften und Organisationen mit dem Ziel, in dem Landesteil Rheinland eine einheitlich zusammengefaßte, schlagkräftige und den jeweiligen Verhältnissen angepaßte Tuberkulosebekämpfung durchzuführen. Ursprüngliche Aufgaben: 1. Vermehrung der Krankenhausbetten für Tuberkulosekranke, 2. Vermehrung der Asylierungsbetten, 3. Unterstützung der Gesundheitsämter beim Wiederaufbau, 4. Anlage eines Röntgenkatasters der Bevölkerung und Erfassung der unbekannten Infektionsquellen, 5. Aufklärung der Bevölkerung durch Wort und Schrift, 6. Aus- und Fortbildung der Fürsorgeärzte und Fürsorgerinnen, Pflege der Tuberkuloseforschung, 7. Ausbau der vorsorgenden und nachgehenden Fürsorge, 8. Einführung neuer Tuberkulosemittel, insbesondere Einführung der Calmette-Schutzimpfung.	Heutige Aufgaben: 1. Röntgenreihenuntersuchungen für BRU, 2. BCG-Schutzimpfung, 3. Verwaltungs-mäßige Betreuung der bestehenden Lupusfürsorgestellen, 4. Unterstützung des Wohnungsbaues für Tuberkulosekranke, 5. Sammlung mittels Weihnachts-siegelmarken.	Haushalts-mäßige Landes-zuschüsse für BRU, für RRU, Lupus-bekämpfung, Mitglieder-beiträge, bestehende Spenden, Sammlung mittels Weihnachts-siegelmarken.
B. Westfälischer Tuberkulose- Ausschuß e. V. gegründet 1952 Mitglied DZK seit 1956	Eingetragener Verein	Ordentliche Mitglieder können sein: Juristische Personen und des öffentlichen und privaten Rechts, Wissenschaftliche und soziale Organisationen, Einzelpersonen. Außerordentliche	Zweck des Ausschusses ist die tatkräftige Bekämpfung der Tuberkulose, insbesondere die Zusammenfassung aller auf diesem Gebiete tätigen öffentlichen und privaten Einrichtungen, Dienststellen, Organisationen der Ärzte und Verwaltungen. Förderung und, falls erforderlich, Durchführung von Maßnahmen zur	(Zur Zeit der Aufstellung der Übersicht keine Unterlagen vorhanden).	Mitglieder-beiträge (keine weiteren Angaben).

Land Name des Verbandes	Organisations- form Eingetragener Verein oder nicht?	Mitglieder	Zweck des Verbandes	Spezielle Aufgabengebiete	Geldmittel
		Mitglieder können sein: Einzelpersonen, die an den Zielen des Vereins interessiert sind und als Sachverständige auf dem tätig sind.	Ergänzung der staatlichen Tuberkulosebekämpfung, Unterstützung wissenschaftlicher Arbeit und Unterrichtung der Mitglieder und der Allgemeinheit durch Vorträge und Veröffentlichungen aller Art. Gebiet der Tuberkulosebekämpfung		
Rheinland-Pfalz Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz gegründet 1949 Nicht Mitglied des DZK	Zusammenschluß der im Lande Rheinland-Pfalz an der Tuberkulosebekämpfung beteiligten Kostenträger.	Die Durchführung ihrer Aufgaben auf dem Gebiete der Tuberkulosehilfe haben der Arbeitsgemeinschaft übertragen a) Das Land Rheinland-Pfalz, Sozialministerium, als Kostenträger seiner Landesfürsorgeverbände. b) Die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz als Träger der Invaliden- und BfA neuerdings aus der Arbeitsgemeinschaft ausgeschlossen).	Zweck der Arbeitsgemeinschaft ist es, alle Maßnahmen zu fördern, die der Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz dienlich sind (außerhalb der Pflichtaufgaben des Staates). Zur Erzielung dieses Zweckes führt die Arbeitsgemeinschaft in erster Linie alle Heilverfahrensmaßnahmen, sowohl stationärer, wie spezifisch ambulanter Natur durch. Ferner veranlaßt sie alle Maßnahmen der Absonderung, alle wirtschaftlichen Maßnahmen für die Erkrankten und ihre Angehörigen zu Lasten der verpflichteten Kostenträger nach näherer Vereinbarung mit diesen. einbarung mit diesen.		Finanzierung erfolgt durch die beteiligten Kostenträger.
Schleswig-Holstein Schleswigholsteinische Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose e. V. gegründet 1949 Mitglied DZK seit 1950	Eingetragener Verein	Mitglieder können sein: Das Land Schleswig-Holstein, die Kreise und Gemeinden, Vereine, Körperschaften, Öffentlich-rechtliche Anstalten, sonstige Organisationen u. Einrichtungen, sowie Einzelpersonen.	Zweck der Vereinigung ist es, den Kampf gegen die Tuberkulose in Gemeinschaftsarbeit mit den Trägern und Einrichtungen der Tuberkulosebekämpfung und der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein zu führen und alle Stellen des öffentlichen Lebens an einem gemeinsamen Vorgehen zu interessieren.	Wohnraumbeschaffung für Tuberkulosekranke, Durchführung freiwilliger BCG-Schutzimpfungen, Herstellung von Aufklärungsfilmen, Aufklärungsunterricht in Berufsschulen.	Mitgliederbeiträge, Veranlassungen, Sammlungen, Zuwendungen.

Die Arbeitsgemeinschaft wird also zu Ende des Jahres 1957 von den beiden Partnern Landesversicherungsanstalt (Arbeiterrentenversicherung) und dem Land getragen.

Nach einem Überschlagn über die von 1950 bis einschließlich 1957 insgesamt für alle Kostenträger des Landes Rheinland-Pfalz verausgabten Beträge und einem Vergleich mit den Ausgaben, die dabei der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz und dem Land erstanden sind, ergibt sich, daß die beiden verbliebenen Träger der Arbeitsgemeinschaft rund 71 % zu tragen hatten. Etwa der gleiche Prozentsatz ergibt sich im gleichen Zeitraum bezüglich der Anzahl der Heilverfahren, wie überhaupt aller beantragten, beziehungsweise durchgeführten Maßnahmen.

Bei einem Prozentsatz von rund 71 % des Gesamtaufwandes für die Berichtsjahre (1950 — 1957) an Bestimmungen und Kosten muß trotz der Höhe des Anteils bedauert werden, daß Sinn und Zweck der Arbeitsgemeinschaft eine lückenlose Tuberkulose-Bekämpfung zu betreiben, nicht mehr erreicht ist.

In unerfreulich ausgedehntem Maße ist in den letzten Jahren auch im Tages- und Laienschrifttum darauf hingewiesen worden, daß unsere modernen Behandlungsmethoden und unsere gezielten und umfassenden Bekämpfungsmaßnahmen der Tuberkulose in absehbarer Zeit den Todesstoß versetzen werden. Daß dem nicht so ist, ergibt sich schon aus den veröffentlichten Statistiken, die eindeutig dartun, daß mit der Größe des Aufwandes die Mortalität zwar sinkt, die Morbidität aber nur unbedeutend beeinflusst ist. Solange in der Bundesrepublik täglich noch 27 Menschen an Tuberkulose sterben und jährlich 20 000 an Tuberkulose neu erkranken, kann von einem Sieg über diese Volkskrankheit nicht gesprochen werden.

Ein Spiegelbild der Bemühungen um den Kampf gegen die Tuberkulose zeigt die nachfolgende Aufstellung über Aufwendungen der beiden verbliebenen Träger der Arbeitsgemeinschaft in den Jahren 1950 bis einschließlich 1957.

Übersicht über die Gesamtaufwendungen

I. Die Durchführung aller veranlaßten Maßnahmen erforderte einen Gesamtaufwand von rund DM (in Millionen):

1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
14,764	16,255	17,941	20,124	21,299	23,603	22,512	22,168

Davon entfielen auf:

a) die Altersversicherung:

32%	42%	54%	55%	54%	56%	56%	63%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

b) das *Land*:

33 ⁰ / ₀	21 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀	31 ⁰ / ₀	29 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Insgesamt betrug der Kostenanteil vom Gesamtaufwand für die Arbeiterrentenversicherung und das Land:

65 ⁰ / ₀	63 ⁰ / ₀	63 ⁰ / ₀	65 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀	68 ⁰ / ₀	87 ⁰ / ₀	92 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

II. Von den stationären Heilbehandlungen (Krankenhaus- und Heilstättenbehandlung) entfielen in den Jahren

1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
------	------	------	------	------	------	------	------

a) auf die *Arbeiterrentenversicherung*:

47 ⁰ / ₀	54 ⁰ / ₀	58 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀	58 ⁰ / ₀	69 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

b) auf das *Land*:

20 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	11 ⁰ / ₀	15 ⁰ / ₀	15 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

also *insgesamt*:

67 ⁰ / ₀	67 ⁰ / ₀	68 ⁰ / ₀	63 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀	69 ⁰ / ₀	84 ⁰ / ₀	91 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

III. Von den spezifisch — ambulanten Behandlungen (ambulante Gasbrustbehandlungen) entfielen in den Jahren

1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
------	------	------	------	------	------	------	------

a) auf die *Arbeiterrentenversicherung*:

39 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀	56 ⁰ / ₀	57 ⁰ / ₀	59 ⁰ / ₀	51 ⁰ / ₀	49 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

b) auf das *Land*:

22 ⁰ / ₀	14 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	26 ⁰ / ₀	29 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Insgesamt:

61 ⁰ / ₀	62 ⁰ / ₀	66 ⁰ / ₀	67 ⁰ / ₀	68 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀	84 ⁰ / ₀
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

XV.

Schlußfolgerungen

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz hat, wie sich aus dieser Zusammenfassung ergibt, bewiesen, daß eine lückenlose, umfassende und erfolgreiche Tuberkulose-Bekämpfung praktisch möglich und zur Eliminierung dieser Volkskrankheit notwendig ist. Möglich ist sie dann, wenn alle direkt und indirekt beteiligten und interessierten staatlichen, kommunalen, öffentlichen und privaten Stellen — unter Verzicht auf Eigenständigkeiten und Sonderwünsche — sich einer Gesamt-

organisation einordnen und anpassen. Dabei kann eine solche Arbeitsgemeinschaft durchaus den sich aus den Gesetzen, Bestimmungen und Verordnungen ergebenden Notwendigkeiten gerecht werden.

Der Austritt der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aus der Arbeitsgemeinschaft erfolgte, nachdem ihr Aufgabenbereich ohne zusätzliche gesetzliche Neuregelung aus dem Verband der Landesversicherungsanstalten herausgenommen wurde und sie ihre alte Selbständigkeit zuückerhielt. Damit war die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte — genau wie der Träger der Invalidenversicherung der Arbeiter — ein selbständiger Versicherungsträger geworden.

Es ist hier nicht der Platz, die Beweggründe darzulegen und auf ihre Stichhaltigkeit zu untersuchen, die zum Austritt führten. Zweifelsohne ergab sich aber dadurch eine spürbare Mehrbelastung für die Träger der Angestelltenversicherung selbst, eine zum Teil unerfreuliche und komplizierte Gestaltung der Antragstellung für eine Reihe von Maßnahmen für den Kranken und seinen Familienkreis sowie eine Durchbrechung der so erfreulich und erfolgreich begonnenen Versuche, die gesamte Tuberkulose-Bekämpfung eines Landes auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen.

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte verzichtete durch ihren Austritt auf die Arbeitsgemeinschaft als Vermittlungs- und Kontrollorgan bei der Durchführung aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen. Sie verzichtete auf die Inanspruchnahme des gemeinsamen Bettennachweises. Sie verzichtete auf alle Möglichkeiten, die die Arbeitsgemeinschaft sich mit den Jahren zur reibungslosen und kurzfristigen Unterbringung schwerer, beziehungsweise komplizierter Krankheitsfälle geschaffen hatte. Sie verzichtete auf die Erfahrungen, die man aus der fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen der Arbeitsgemeinschaft einerseits und der behandelnden Ärzteschaft, der Fachärzteschaft, den Heilstättenleitungen und Verwaltungen, den Gesundheitsämtern, den zentralen und bezirklichen Stellen der Fürsorgeverwaltungen usw. andererseits gemacht hatte. Sie verzichtete auf die in Gemeinsamkeit mit der behandelnden Ärzteschaft aufgezugene und vorbildlich funktionierende Betreuungstätigkeit für ihre in ambulanter ärztlicher Behandlung stehenden Versicherten und Familienangehörigen. Sie verzichtete auf die Organisation und den Erfahrungsschatz der Arbeitsgemeinschaft, wenn Fragen und Probleme auf dem Gebiet der Berufs- und Arbeitsfürsorge zur Debatte standen. Sie verzichtete nicht zuletzt auch auf das Gewicht der Beratung durch den ärztlichen Beirat der Arbeitsgemeinschaft, in dem vertreten waren

1. Das Innenministerium (Abteilung Gesundheitswesen) durch den Landestuberkulosearzt,
2. Die Heilstätten durch zwei leitende Ärzte,
3. Die Arbeitsgemeinschaft selbst mit ihren ärztlichen Referenten,

4. Die gesetzlichen Krankenkassen durch einen Facharzt des vertrauensärztlichen Dienstes,
5. Die Landesärztekammer durch einen ihrer leitenden Ärzte,
6. Die Kassenärztliche Vereinigung des Landes durch einen praktizierenden Lungenfacharzt,
7. Die Gesundheitsämter durch den fachärztlichen Leiter einer Tuberkulose-Fürsorgestelle.

Alle diese bisher durch die Arbeitsgemeinschaft übernommenen und über sie laufenden Aufgaben und Einrichtungen mußten von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte neu geschaffen, beziehungsweise ausgebaut werden.

Daraus erhellt, daß zwangsläufig auch für den Kranken und seinen Familienkreis die Dinge sich gleichfalls entsprechend komplizierten. Mit dem Austritt seines Versicherungsträgers aus der Arbeitsgemeinschaft ging für den Kranken jeder Weg auf dem Umweg über Berlin, beziehungsweise über die von dort aus neu zu schaffenden Verbindungen, Beziehungen und Auftragsstellen. Gewiß übernahm in jedem Falle die Tuberkulose-Fürsorgestelle des Gesundheitsamtes Beratung und Antragstellung im Rahmen ihres Aufgabenbereiches. Aber weder sie noch die Bundesversicherungsanstalt konnten dem Versicherten gegebenenfalls den oftmals sehr bedrückend empfundenen Gang zum Wohlfahrtsamt abnehmen, wenn die Erledigung wirtschaftlicher Hilfe-Maßnahmen zur Debatte standen. Bis dahin hatte das immer die Arbeitsgemeinschaft besorgt.

Am bedauerlichsten war zweifelsohne die Tatsache, daß mit dem Austritt der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aus der Arbeitsgemeinschaft der so erfolgreich begonnene Versuch, alle zur Bekämpfung der Tuberkulose aufgerufenen öffentlichen und privaten Stellen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, spürbar durchbrochen war.

Analoge kritische Bedenken ergeben sich für die Tatsache des Austritts des Landesversorgungsamtes aus der Arbeitsgemeinschaft, wenngleich hier dem Verbleiben ungleich größere Schwierigkeiten gegenüberstanden, indem die Aufsichtsbehörde darauf bestand, daß alle Erlasse und Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetzes paragraphen- und buchstabengerecht durchzuführen seien. Das betraf insbesondere die Durchführung der stationären Behandlung und der wirtschaftlichen Betreuung in eigener Regie.

Bei Durchsicht der Handakten der ersten Jahre zeigt sich, daß selbst Interessenten, an die man zunächst gar nicht gedacht hatte, wie zum Beispiel die Träger der privaten Krankenversicherung und der caritativen Verbände, sich an die Arbeitsgemeinschaft hielten und ihre Organisation für die Durchführung eigener Aufgaben in Anspruch nahmen. Ein sichtbarer Beweis für die Möglichkeit, eine allumfassende Interessen- und Arbeitsgemeinschaft im Kampf gegen die Tuberkulose zu schaffen.

Die Notwendigkeit, eine lückenlose Organisation zur Bekämpfung der Tuberkulose als Voraussetzung für einen optimalen Erfolg zur Verfügung zu haben, wird wohl nicht bestritten werden können.

Die Verfeinerung der Diagnostik, der Ausbau der Laboratoriums- und Röntgentechnik, die Erfolge der tuberkulostatischen und chemotherapeutischen Behandlungsmethoden und die Fortschritte in der mittleren und großen Lungenchirurgie haben der Tuberkuloseerfassung und -bekämpfung viel von ihrer Problematik genommen. Das Endziel, der Sieg über die Volkskrankheit Tuberkulose, liegt trotzdem noch in nicht zu bestimmender Ferne. Es wird erst erreicht, wenn zusätzliche Probleme gelöst sind, zu denen in erster Linie die Wohnraumbeschaffung und Wohnungshygiene, die einwandfreie Unterbringung offener und fakultativ offener Tuberkulöser, deren ausreichende ärztliche, wirtschaftliche und hygienische Betreuung, die Arbeits- und Berufsfürsorge wieder Einsatzfähiger, eine allgemeine und spezielle Aufklärungstätigkeit in der Familie, am Arbeitsplatz und in der Allgemeinheit gehören. Die Lösung solcher Probleme gehen über den Rahmen einer einzelnen Stelle, beziehungsweise Organisation hinaus. Sie macht den Zusammenschluß aller Stellen erforderlich und kann nur durch eine umfassende Gemeinschaft erreicht werden, wie sie programmatisch in der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz festgelegt wurde.

Nach langer Wartezeit wurde die bisher geltende Tuberkulose-Verordnung vom 8. September 1942 durch das im Bundesgesetzblatt I, Nr. 31/1959 unter dem 23. Juli 1959 veröffentlichte Gesetz über Tuberkulose-Hilfe abgelöst. Das neue Gesetz tritt am 1. Oktober 1959 in Kraft. Es ist zu erhoffen, daß das Gesetz mit den zu erwartenden Durchführungsbestimmungen neben anderen Verbesserungen auch die Handhabe gibt, eine das gesamte Bundesgebiet umfassende Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose auf- und auszubauen.

XVI.

Nachtrag

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz besteht 1959 zehn Jahre. Als erfreuliches Positivum zu diesem Jubiläum ist zu buchen, daß die beiden ausgetretenen Partner — die Bundesanstalt für Angestellte und die Versorgung (Landesversorgungsamt) — sich 1958 wieder um festere Bindung an die Arbeitsgemeinschaft bemühten, die ihrerseits wiederum solche gemeinsame Neuordnung begrüßt und alles daransetzen wird, die gemeinsamen Bestrebungen im Kampf gegen die Tuberkulose für die Erkrankten wie für die Gesamtheit fruchtbar zu gestalten. Diese Arbeit will dazu einen kleinen Beitrag leisten.

Literaturnachweis

- Adelberger, L.: Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. Klinik der Gegenwart Bd. III. München 1956.
- Beeh, P.: Über die Bedeutung der Thoraxröntgendurchleuchtung für die Tuberkulosefürsorge. Med. Wschr. 10 (1956). 3:181.
- Birkenfeld M.: Die Bedeutung der Rindertuberkulose bei den Menschen. Tbk.arzt 9 (1957), 9:517.
- Blittersdorf, F.: Tuberkulose-Ansteckung von Patienten während einer Krankenhausbehandlung. Tbk.arzt 11 (1957), 7:419.
- Bochalli, R.: Die Entwicklung der Tuberkuloseforschung in der Zeit von 1878 bis 1958. Stuttgart 1958.
- Boshamer, K.: Die urologische Tuberkulose. Klinik der Gegenwart Bd. I. München 1955.
- Brück, D. u. a.: Was gibt es Neues in der Medizin? Bd. 7, 8, 9. Hannover 1957, 1958, 1959.
- Catel, W.: Lehrbuch der Tuberkulose des Kindes und des Jugendlichen. Stuttgart 1954.
- Deist, H.: Die Frühdiagnose der Tuberkulose der Atmungsorgane. Stuttgart 1949.
- Domagk, G.: Chemotherapie der Tuberkulose mit den Thiosemikarbazonen. Stuttgart 1950.
- Düggeli, O. und Trendelenburg, F.: Die Lungentuberkulose des Erwachsenen und ihre konservative Behandlung. Klinik der Gegenwart Bd. VI. München 1958.
- Engel, St. u. a.: Ergebnisse der gesamten Tuberkulose- und Lungenforschung Bd. XIV. Stuttgart 1958.
- Glogowski, G.: Die heutige Behandlung der Skelett-Tuberkulose des Kindes und des Jugendlichen. Stuttgart 1957.
- Griesbach, R.: Die Tuberkulosebekämpfung. Stuttgart 1948.
- Hafemann, G.: Die Zwangsasylierung von Tuberkulösen. Tbk.arzt 11 (1957), 3:159.
- Hartwig, H.: Die Stellung der Lungenresektion in der Klinik der Tuberkulose. Med. Mschr. 10 (1956), 12:796.
- Hein, J. u. a.: Handbuch der Tuberkulose Bd. I: Allgemeine Grundlagen. Stuttgart 1958.
- Junghanns, H. u. a.: Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis Bd. I: Röntgenkunde und Klinik vertebralegener Krankheitszustände. Stuttgart 1956.

- Kastert, J.: Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis Bd. III: Die Spondylitis tuberculosa und ihre operative Behandlung. Stuttgart 1957.
- May, H.: Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Klinik der Gegenwart Bd. III. München 1956.
- Schmidt, P. G.: Die Lungentuberkulose. Stuttgart 1956.
- Schinz, H. R. u. a.: Lehrbuch der Röntgendiagnostik Bd. III. Stuttgart 1952.
- Schneider, H.: Zur Klinik der Silikotuberkulose. Med. Mschr. 10 (1956), 11:749.
- Syller, A.: Lungenkrankheiten einschließlich der Erkrankungen der oberen Luftwege und des Brustfells. München 1952.
- Teschendorf, W.: Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik Bd. I. Stuttgart 1957.
- Tuczek, H.: Rehabilitation Tuberkulosekranker und ihre gesetzlichen Grundlagen. Med. Wschr. 11 (1957), 7:448.
- Wolff, A.: Die Tuberkulosebekämpfung in Schweden. Ärztl. Prax. VII (1955), 47:16.
- Zoelsch, P.: Möglichkeiten einer Chemoprophylaxe der kindlichen Tuberkulose. Med. Mschr. 12 (1958), 5:319.

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande Rheinland-Pfalz: Briefwechsel, Geschäftsberichte, Handakten, Rundschreiben für die Geschäftsjahre 1949 bis 1957.

Lebenslauf

Ich, Hans Hermann Hennes, wurde als zweites von fünf Kindern des Landesvertrauensarztes Dr. med. Hermann Hennes und seiner Ehefrau Annelies, geb. von Porembsky, am 22. August 1930 in Wuppertal-Elberfeld geboren. Nach dem Besuch des humanistischen Gymnasiums in Speyer am Rhein und Studium an den Universitäten München, Köln und Mainz legte ich in Mainz am 28. Mai 1956 meine Medizinische Staatsprüfung ab.

Die Medizinal-Assistentenzeit absolvierte ich an den Medizin. Abteilungen des St. Vincentius-Krankenhauses Speyer und an der Chirurg. Abteilung des Städtischen Krankenhauses Speyer. Nach Erlangung der Voll-Approbation am 17. Juni 1958 bin ich zur Zeit als Assistenz-Arzt an der Inneren Abteilung des St. Vincentius-Krankenhauses Heidelberg tätig.

Mit der Fertigung meiner Inaugural-Dissertation bin ich dem Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Mainz, Herrn Universitäts-Professor Dr. med. H. Kliewe für die Überlassung des Themas und die Bereicherung meines Wissens auf dem Gebiet der Hygiene und Gesundheitsvorsorge und -fürsorge zu herzlichem Dank verpflichtet.

Für Anregungen und Hinweise sowie für die Möglichkeit der Einsichtnahme in die gesamten Unterlagen der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose danke ich verbindlichst insbesondere den Herren Präsident Langlotz und Vizepräsident Meurer der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz. Mein Dank gilt zusätzlich Herrn Oberamtmann Herzog von der Arbeitsgemeinschaft, der mir bei der Sichtung und Ordnung des großen Materials behilflich war.

